

A nyilatkozat adattartalma

1. Gyermek neve:.....
2. Gyermek születési dátuma:.....
3. Gyermek lakcíme:.....
4. Gyermek anyjának neve:.....

5. Nyilatkozat arról, hogy

5.1. a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

- 5.1.1. láz
- 5.1.2. torokfájás
- 5.1.3. hányás
- 5.1.4. hasmenés
- 5.1.5. bőrkiütés
- 5.1.6. sárgaság
- 5.1.7. egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
- 5.1.8. váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
- 5.2. gyermek tetű és rühmentes

6. A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

neve:.....

lakcíme: (ha a gyermek lakcímétől eltérő).....

.....
telefonos elérhetősége:.....

Dátum

Szülő/Gondviselő