

NYILATKOZAT

A gyermek neve: _____

A gyermek születési dátuma: _____

A gyermek lakcíme: _____

A gyermek anyjának neve: _____

1. nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

- láz
- torokfájás
- hányás
- hasmenés
- bőrkiütés
- sárgaság
- egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

2. a gyermekem tetű- és rühmentes.

Nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

Neve: _____

Lakcíme: _____

Telefonos elérhetősége: _____

Aláírása: _____

Kiállítás dátuma: _____

3-18 éves korig kötelező kitölteni!

NYILATKOZAT

A gyermek neve: _____

A gyermek születési dátuma: _____

A gyermek lakcíme: _____

A gyermek anyjának neve: _____

1. nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

- láz
- torokfájás
- hányás
- hasmenés
- bőrkiütés
- sárgaság
- egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

2. a gyermekem tetű- és rühmentes.

Nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

Neve: _____

Lakcíme: _____

Telefonos elérhetősége: _____

Aláírása: _____

Kiállítás dátuma: _____

3-18 éves korig kötelező kitölteni!