**Szülői egészségügyi nyilatkozat**

A gyermek neve:

A gyermek születési helye, ideje:

A gyermek pontos lakcíme:

Anyja neve:

TAJ száma:

Esetleges allergiája:

Rendszeresen szedett gyógyszer neve, adagolása:

Szülők telefonszáma, amin elérhető, ha baj van:

Egyéb, külön odafigyelést igénylő információk a gyermekről

Alulírott nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetők az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyos bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, egyéb fertőző betegség tünetei, valamint gyermekem tetű- és rühmentes.

Szülő/Törvényes képviselő neve:

Szülő/Törvényes képviselő lakcíme:

………………………………………….

Szülő/Törvényes képviselő aláírása

Sopron, 2021. április .