**NYILATKOZAT**

12/1991. (V. 18.) NM rendelet alapján

Alulírott, ………………………………………………………………. (törvényes képviselő neve) (………………………………………………………………………………………………………….. (lakcíme), …………………………………………………………………………….) (telefonszáma) nyilatkozom, hogy gyermekemen

|  |  |
| --- | --- |
| Gyermek neve: |  |
| Születési dátuma: |  |
| Lakcíme: |  |
| Anyja neve: |  |

nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

Láz,

Torokfájás,

Hányás,

Hasmenés,

Bőrkiütés,

Sárgaság,

Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés,

Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás,

a gyermek tetű- és rühmentes.

Kelt,…………………, 2020. …………….hó …….. nap\*

 -------------------------------------------------

 magánszemély aláírása