**Szülői nyilatkozat**

Gyermek neve:

Gyermek születési dátuma:

Gyermek lakcíme:

Gyermek édesanyjának neve:

**Nyilatkozat arról, hogy**

Gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

* Láz
* Torokfájás
* Hányás
* Hasmenés
* Bőrkiütés
* Sárgaság
* Egyéb súlypsabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
* Váladékozó szembetegség, gennyes fül-és orrfolyás
* A gyermek tetü-és rühmentes.

**A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő**

Neve:

Lakcíme:

Telefonos elérhetősége:

Dátum: …………………………………………………………….

 Törvényes képviselő