

## Nyilatkozat

A gyermek neve: .....

A gyermek születési dátuma: .....

A gyermek lakcíme: .....

A gyermek anyjának neve: .....

Nyilatkozom, hogy a gyermekem az alábbi tünetek: (kérném, a megfelelőt aláhúzni)

Láz	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Torokfájás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Hányás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Hasmenés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Bőrkiütés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Sárgaság	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
A gyermek tetű- és rühmentes	igen	nem

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: .....

telefonos elérhetősége: ..... aláírása: .....

lakcíme: .....

A nyilatkozat kiállításának dátuma: .....

## Nyilatkozat /testvér esetén kitöltendő/

A gyermek neve: .....

A gyermek születési dátuma: .....

A gyermek lakcíme: .....

A gyermek anyjának neve: .....

Nyilatkozom, hogy a gyermekem az alábbi tünetek: (kérném, a megfelelőt aláhúzni)

Láz	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Torokfájás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Hányás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Hasmenés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Bőrkiütés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Sárgaság	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
A gyermek tetű- és rühmentes	igen	nem

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: .....

telefonos elérhetősége: ..... aláírása: .....

lakcíme: .....

A nyilatkozat kiállításának dátuma: .....