

## EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Gyermek neve: .....

Gyermek születési dátuma: .....

Gyermek lakcíme:.....

Szülő (gondviselő) neve, elérhetősége: .....

Rosszullét, baleset esetén értesítendő: .....

### **Jelen nyilatkozat aláírásával igazolom, hogy**

- az elmúlt két hétben közeli hozzátartozó nem tartózkodott és érkezett haza külföldről,
- az alábbi tünetek az elmúlt két hétben és a mai napon sem észlelhetők családtagokon és gyermekemen:

Nyilatkozat arról, hogy a gyermek

1. LÁZ-,
2. TOROKFÁJÁS-,
3. HÁNYÁS-,
4. HASMENÉS-,
5. BŐRKIÜTÉS-,
6. SÁRGASÁG-,
7. EGYÉB SÚLYOS BŐRELVÁLTOZÁS, BŐRGENNYESEDÉS-,
8. VÁLADÉKOZÓ SZEMBETEGSÉG, GENNYES FÜL- ÉS ORRFOLYÁS-,
9. TETŰ ÉS RÜH-MENTES

Allergia, gyógyszer-, ételérzékenység:

.....

Fót, 2021. ....

.....  
szülő (gondviselő)