

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Gyermek neve:

Gyermek születési dátuma:

Gyermek lakcíme:

Szülő (gondviselő) neve, elérhetősége:

Roszcullét, baleset esetén értesítendő:

Jelen nyilatkozat aláírásával igazolom, hogy

- 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, 2023.

.....

szülő (gondviselő)