**EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT**

Gyermek neve: ..................................................................................................

Gyermek születési dátuma: ...............................................................................

Gyermek lakcíme: ...............................................................................................

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

Rosszullét, 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, 2024. .......................

…………………………………………………

szülő (gondviselő)