

SZÜLŐI NYILATKOZAT

Gyermek neve:

Szülő/gondviselő neve:

Gyermek háziorvosának/házi gyermekorvosának neve:

Gyermek háziorvosának/házi gyermekorvosának telefonos elérhetősége:

A gyermek háziorvosa által megállapított betegség miatti távollét időtartama:

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy:

- a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:
 - láz
 - torokfájás
 - hányás
 - hasmenés
 - bőrkiütés
 - sárgaság
 - egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bõrgennyedés
 - váladékozó szembetegség
 - gennyes fül-és orrfolyás
- a gyermek tetű- és rühmentes
- Covid-19 pozitív esetben a tünetek kezdetétől számítva eltelt 7 nap, a láz és a légúti tünetek teljesen megszűntek.
- Covid-19 pozitív esetben 5. napon történő felszabadításhoz a 4. naptól láztalan volt, légúti tünetei megszűntek, hivatalos teszteredmény mellékelve.

A nyilatkozatot kiállító szülő/gondviselő

neve:

lakcíme:

telefonos elérhetősége:

Dátum:

aláírás
törvényes képviselő