

A nyilatkozat adattartalma

1. A gyermek neve:
2. A gyermek születési dátuma:
3. A gyermek lakcíme: .

4. A gyermek anyjának neve:
5. Nyilatkozat arról, hogy:
 - 5.1. a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:
 - 5.1.1. Láz
 - 5.1.2. Torokfájás
 - 5.1.3. Hányás
 - 5.1.4. Hasmenés
 - 5.1.5. Bőrkiütés
 - 5.1.6. Sárgaság
 - 5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
 - 5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
 - 5.2. a gyermek tetű- és rühmentes

5. A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő:

neve:

aláírása:

lakcíme: .

telefonos elérhetősége:

Székesfehérvár, 2024. augusztus.

Aláírás:

.....
gondviselő I

.....
(gondviselő II)