

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 gyermek 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: _____

telefonszáma: _____

Székesfehérvár, 2025. augusztus.

Aláírás:

.....
gondviselő I

.....
(gondviselő II)