

NYILATKOZAT

A gyermek neve:..... születési dátuma:.....

lakcíme:..... anyja neve:.....

Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen **nem észlelhetőek** az alábbi tünetek:

Láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bõrgennyedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, valamint a gyermek tetű- és rühmentes.

A nyilatkozat adattartalma *háziiorvosi javaslatra* a 12/1991. (V. 18.) NM rendeletnek megfelelően készült.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:.....

lakcíme:..... telefonos elérhetősége:.....

Dátum:.....

.....

aláírás