

## SZÜLŐI NYILATKOZAT

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermelem: \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

**nem észlelhetők az alábbi tünetek:**

- nincs -torokfájás,
- nincs -hányás,
- nincs -hasmenés,
- nincs -bőrkiütés,
- nincs -sárgaság,
- nincs -egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- nincs -véladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás
- gyermekem tetű-, és rühmentes

Gyógyszer allergia:  nincs  van: \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:

\_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ település \_\_\_\_\_ (utca, út, stb) \_\_\_\_\_ házszám

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36 \_\_\_\_\_

Jelen nyilatkozatot gyermekem 20\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap, óvodakezdéséhez adtam ki.

Kelt.: \_\_\_\_\_, 20 . \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása