SZÜLŐI NYILATKOZAT

 a tanuló egészségügyi állapotáról a nevelés-oktatási, illetve más, külső fogadó intézményben az iskolai közösségi szolgálat teljesítéséhez.

A gyermek neve:………………………………………………………………………………..

A gyermek születési dátuma:…………………………………………………………………..

A gyermek anyjának neve: ……………………………………………………………………...

A gyermek TAJ száma:…………………………………………………………………………

További, a gyermekre vonatkozó információ (pl.: allergia; méh-,darázs- vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, vélt vagy valós félelmek, pókiszony, esetleg „alvajáró”,stb.): …………………………………………………………………………………………….......... …………………………………………………………………………………………………..

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetők az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

Törvényes képviselő neve:……………………………………………………………………… Lakcíme:…………………………………………………………………………………………

Telefonos elérhetősége:………………………………………………………………………….

Dátum:…………………………………………

………………………………………… szülő/gondviselő/törvényes képviselő aláírása