

## 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, bőrkivétel, 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