

SZÜLŐI NYILATKOZAT

A gyermek neve:

A gyermek születési ideje:

A gyermek TAJ száma:

A szülő neve:

A gyermek közösségből való hiányzásának dátuma: **2024. ... hó ... naptól 2024. ... hó ... napig.**

Gyermezem betegség miatti hiányzásáról a házi gyermekorvost tájékoztattam, melynek időpontja: 2024. ... hó ... nap.

Mindenfajta felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy gyermekemnél a mai napon és az azt megelőző 24 órában az alábbi tünetek közül (EGYIK SEM) áll, állt fenn:

- * láz
- * köhögés
- * nehézlégzés
- * torokfájás
- * hányás
- * hasmenés
- * sárgaság
- * bőrkiütés (kivéve a krónikus nem fertőző bőrbetegséget)
- * egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
- * váladékozó szembetegség
- * gennyes fül- és/vagy orrfolyás
- * tetű vagy rüh jelenléte.

Dátum: 2024. ... hó ... nap

.....

aláírás