

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma:

A gyermek lakcíme:

A gyermek anyjának neve:

Nyilatkozat arról, hogy a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

Láz Torokfájás Hányás Hasmenés Bőrkiütés Sárgaság
Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés a gyermek tetű- és rühmentes
Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

neve:

lakcíme, telefonos elérhetősége:

Budapest, 2017.....

.....
törvényes képviselő aláírása