

NYILATKOZAT

A gyermek neve:.....

Születési helye, ideje:.....

Lakcíme:.....

Édesanyja neve:.....

Nyilatkozom arról, hogy:

1. a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

- láz
- torokfájás
- hányás
- hasmenés
- bőrkiütés
- sárgaság
- egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

2. a gyermek tetű- és rühmentes.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

neve:.....

lakcíme:.....

telefonos elérhetősége:.....

Kelt.:

.....

aláírás