

SZÜL I 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 fontos információ (pl.: allergia, méh, darázs, vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, vélt, valós félelmek, pókiszony, esetleg „alvajáró”, stb.):

.....

.....

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhet ek az alábbi tünetek: Láz, torokfájás, hányás, b rkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb b relváltozás, b rgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tet - és rühmentes.

Törvényes képvisel neve:

Lakcíme:

Telefonos elérhet sége:

Dátum:

.....

szül /gondvisel /törvényes
képvisel aláírása

(*) A nemzeti er forrás miniszter 19/2012. (III.28.) NEFMI rendelete alapján, a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeir l szóló 12/1991. (V.18.) NM rendelet módosítása alapján