

SZÜLŐI NYILATKOZAT

/betegségből fakadó hiányzásról/

Gyermek neve:

Születési idő:

A gyermek lakcíme:

A gyermek tartózkodási helye:

Távolmaradási napok száma:

A gyermek közösségből való hiányzásának dátuma: **2025. ... hó ... naptól 2025. ... hó ... napig.**

Gyermekelem betegség miatti hiányzásáról a házi gyermekorvost tájékoztattam.

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: 2025.. ... hó ... nap

.....
aláírás

SZÜLŐI NYILATKOZAT

/nem betegségből fakadó egyéb hiányzásról/

Gyermek neve:

Születési idő:

A gyermek lakcíme:

A gyermek tartózkodási helye:

Távolmaradási napok száma:

Gyermekemen jelenleg nem észlelhetők a következő tünetek:

Láz, hőemelkedés, torokfájás, köhögés, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyos bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, fülfolyás és orrfájás. A gyermek elősködőktől mentes.

Dátum:

Szülő, törvényes képviselő neve:

aláírása:

lakcíme:

tartózkodási helye:

elérhetősége: