Nyilatkozat

A gyermek neve: ……...
A gyermek születési dátuma: ……..
A gyermek lakcíme: …….……..……
A gyermek anyjának neve: …….…….
Gyermek TAJ száma:……

Mint a gyermek képviselője kijelentem, hogy a **gyermeken nem észlelhetőek** az alábbi tünetek:

Láz
Torokfájás
Hányás
Hasmenés
Bőrkiütés
Sárgaság
Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás.

A gyermek tetű- és rühmentes.

A gyermek törvényes képviselője:
Név: ……..……..
Lakcíme: …….
Telefonszáma: ……...

Dátum:……

Aláírás:…….