

Egészségügyi nyilatkozat

Alulírott.....(törv. képvis. neve nyomtatott betűkkel), ezúton nyilatkozom arról, hogy legjobb tudomásom szerint a felügyeletem alatt álló gyermekeken a nyilatkozat kiállítása időpontjában a lent említett tünetek észlelhetőek/nem észlelhetőek:

A gyermek neve:.....

A gyermek születési dátuma:.....

A gyermek lakcíme:.....

A gyermek anyjának leánykori neve:.....

A szülő/törvényes képviselő telefonos elérhetősége:

A törvényes képviselő lakcíme:

- Láz: igen/nem
- Torokfájás: igen/nem
- Hányás: igen/nem
- Hasmenés: igen/nem
- Bőrkiütés: igen/nem
- Sárgaság: igen/nem
- Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés: igen/nem
- Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás: igen/nem
- A gyermek tetű- és rühmentes: igen/nem
- 4 héten belül a gyermek környezetében, családjában, bármely közösségben, ahova a gyermek jár, fertőző betegség nem fordult elő: igen/nem.
- Gyógyszer érzékeny: igen/nem. Ha igen, mire?
- Allergiás: igen/nem. Ha igen, mire?
- Állandóan szedett gyógyszer:
- Étel érzékeny: igen/nem. Ha igen, mire?.....

Budapest, 2017.

.....
törvényes képviselő aláírása

