**SZÜLŐI NYILATKOZAT**

**a tanuló egészségügyi állapotáról a nevelés-oktatási, illetve más, külső fogadó intézményben**

A gyermek neve: ………………………………………………………………………………

A gyermek születési dátuma: …………………………………………………………………

A gyermek anyjának neve: ……………………………………………………………………

A gyermek TAJ száma: ……………………………………………………………………….

További, a gyermekre vonatkozó fontos információ (pl.: allergia, asztma, epilepszia, egyéb rejtett betegség stb.):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: Láz, torokfájás,

hányás, bőrkiütés, sárgaság, egyéb salsa bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó

szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

**Gyermekemnek nincs semmilyen rejtett betegsége, úszásoktatáson részt vehet.**

Törvényes képviselő neve: ……………………………………………………………………

Lakcíme: ………………………………………………………………………………………

Telefonos elérhetősége: ……………………………………………………………………….

Dátum: ………………………………… ………………………………………………………….

 szülő/gondviselő/törvényes képviselő

 aláírás