

Szülői nyilatkozat

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma:

A gyermek lakcíme:

A gyermek választott házi orvosának neve:

Telefonos elérhetősége:

Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy a gyermekem-tól
.....-ig betegség miatt hiányzott.

A gyermekem a mai napon nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

Láz, torokfájás, orrfolyás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, bőrgennyesedés, váladékozó
szembetegség, gennyes fülfolyás, a gyermek tetű és rühmentes.

COVID-19 pozitív esetben a tünetek kezdetétől számítva eltelt 7 nap, 3 napja láztalan, légúti
tünetei szűntek.

COVID-19 pozitív esetben 5. napon történő felszabadításhoz a 4. naptól láztalan volt, légúti
tünetei szűntek, a hivatalos teszteredmény mellékelve.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

A kiállító lakcíme:

A kiállító telefonos elérhetősége:

202... . hónap nap

.....
Szülő/gondviselő aláírása