**SZÜLŐI NYILATKOZAT (\*)**

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

**az iskolai közösségi szolgálat teljesítéséhez**

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

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

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

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

További, a gyermekre vonatkozó fontos információ (pl.: allergia, méh, darázs, vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, vélt, valós félelmek, pókiszony, esetleg „alvajáró”, stb.):

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

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

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: Láz, torokfájás, hányás, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

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

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

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

Dátum: …………………………………………..

…………………………………..

szülő/gondviselő/törvényes képviselő aláírása