

Szülői egészségügyi nyilatkozat 2025

12/1991. (V.18.) NM rendelet alapján

1. A gyermek neve: _____

2. A gyermek születési dátuma: _____

3. A gyermek lakcíme: _____

4. A gyermek anyjának neve: _____

5. A gyermek TAJ száma: _____

Alulírott nyilatkozom arról, hogy a gyermekem észlelhető-e az alábbi tünetek:

- | | |
|---|--|
| • láz | ☐ igen ☐ nem |
| • torokfájás | ☐ igen ☐ nem |
| • hányás, hasmenés | ☐ igen ☐ nem |
| • bőrkiütés, sárgaság | ☐ igen ☐ nem |
| • egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés | ☐ igen ☐ nem |
| • váladékozó szembetegség | ☐ igen ☐ nem |
| • gennyes fül- és orrfolyás | ☐ igen ☐ nem |

valamint nyilatkozom, hogy a gyermek tetű- és rühmentes ☐ igen ☐ nem

Egyéb gyógyszerallergia: _____

Egyéb ételérzékenység (liszt, cukor stb.): _____

Egyéb, az egészségével kapcsolatos tudnivaló: _____

A kiállító törvényes képviselő neve: _____

A kiállító lakcíme (ha a gyermekétől eltérő): _____

A kiállító telefonos elérhetősége: _____

2025.

aláírás