|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SZ Ü L Ő I N Y I L A T K O Z A T** | | |
| ***Az alábbi részt nyomtatott nagybetűvel, olvashatóan kérjük kitölteni!*** | |
| A gyermek neve: | A gyermek születési dátuma: |
| A GYERMEK LAKCÍME: | A GYERMEK ANYJÁNAK NEVE: |
| **NYILATKOZAT ARRÓL, HOGY A GYERMEKEN NEM ÉSZLELHETŐEK AZ ALÁBBI TÜNETEK :**  (karikázással kérem jelölni!) | |
| LÁZ: van nincs | TOROKFÁJÁS: van nincs |
| HÁNYÁS: van nincs | HASMENÉS: van nincs |
| BŐRKIÜTÉS: van nincs | SÁRGASÁG: van nincs |
| EGYÉB SÚLYOSABB BŐRELVÁLTOZÁS, BŐRGENNYESEDÉS:  van nincs | VÁLADÉKOZÓ SZEMBETEGSÉG, GENNYES FÜL- ÉS ORRFOLYÁS:  van nincs |
| A GYERMEK TETŰ-ÉS RÜHMENTES:  igen nem | |
| A NYILATKOZATOT KIÁLLÍTÓ SZÜLŐ (TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ) neve: | A NYILATKOZATOT KIÁLLÍTÓ SZÜLŐ (TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ) LAKCÍME: |
| A NYILATKOZATOT KIÁLLÍTÓ SZÜLŐ (TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ) TELEFONOS ELÉRHETŐSÉGE: | |
| A NYILATKOZAT KIÁLLÍTÁSÁNAK DÁTUMA:  Budapest, 2012.…………………………………….. | SZÜLŐ (TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ) aláírása:  …………………………………………………………. |

A 12/1991 (V. 18.) NM rendelet 2. számú melléklete szerinti nyomtatvány