|  |
| --- |
| **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