

# SZÜLŐI NYILATKOZAT

Gyermek neve: .....

Szülő/gondviselő neve: .....

Gyermek házi orvosának/házi gyermekorvosának neve: .....

Gyermek házi orvosának/házi gyermekorvosának telefonos elérhetősége: .....

A gyermek házi orvosa által megállapított betegség miatti távollét időtartama:  
.....év.....hó .....naptól, .....év.....hó .....napig

## Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy:

- a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:
  - láz
  - torokfájás
  - hányás
  - hasmenés
  - bőrkiütés
  - sárgaság
  - egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
  - váladékozó szembetegség
  - gennyes fül-és orrfolyás
- a gyermekem tetű- és rühmentes
- Covid-19 pozitív esetben a tünetek kezdetétől számítva eltelt 7 nap, a láz és a légúti tünetek teljesen megszűntek.
- Covid-19 pozitív esetben 5. napon történő felszabadításhoz a 4. naptól láztalan volt, légúti tünetei megszűntek, hivatalos teszteredmény mellékelve.

## A nyilatkozatot kiállító szülő/gondviselő

neve: .....

lakcíme: .....

telefonos elérhetősége: .....

Dátum: .....

.....  
aláírás  
szülő / gondviselő