

Melléklet (Eljárásrend)

<i>Intézmény neve, címe, elérhetősége</i>	
---	--

SZÜLŐI NYILATKOZAT

betegség és

5 napot meghaladó, egybefüggő hiányzás utáni időszakra

Alulírott.....,

mint

(születési hely:.....)

születési idő:.....

anyja neve:.....

lakóhelye:.....)

szülő/törvényes képviselője nyilatkozom, hogy

az elmúlt 2 hétben gyermekem és a vele egy háztartásban élők nem léptek személyes kapcsolatba olyan személlyel, aki koronavírus által okozott megbetegedésben szenved, vagy akinél a fertőzés gyanúja fenn állt.

gyermekem fertőző betegség tüneteit nem mutatja (láz, torokfájás, nátha, köhögés, nehézlégzés, hányás, hasmenés, bőrkütiés, szemgyulladás, fül-fájás, orrfolyás, szaglás- és ízlelés elvesztése)

Budapest,évhó.....nap

.....
szülő/ törvényes képviselő