

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

A gyermek neve

.....

A gyermek születési dátuma

.....

A gyermek lakcíme

.....

A szülők elérhetősége

.....

Nyilatkozom arról, hogy a gyermekem nem észlelhetőek a következő tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás.

A gyermek tetű- és rühmentes.

A gyermek allergiás:

.....

A gyermek a következő gyógyszereket szedi (adagolás):

.....

A gyermek egészségügyi problémája:

.....

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

.....

.....

(aláírás)

Dátum: