N Y I L A T K O Z A T

Alulírott ………………………………………………szülő/gondviselő \*ezúton nyilatkozom, hogy gyermekem ………………………………………..…( név)……………………………………… (korcsoport) egészséges, az elmúlt 2 hét időtartamban fertőző betegségen nem esett át, erről a körzeti gyermekorvossal egyeztettem, aki jóváhagyta, hogy a gyermek megkezdje az óvodai beszoktatást/ nyári szünet után óvodába jöhet \*.

Az óvoda kizárólag a gyermek állapotától függően (betegségre utaló jelek esetén) keresi meg a gyermekorvost, amit a szülő/gondviselő\* jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten elfogad, ahhoz hozzájárul.

Körzeti gyermekorvos neve:……………………………………………..

Telefonos elérhetősége:…………………………………………………..

Budapest, 2024. ………………………….

 ……………………………………………….

 szülő/ gondviselő\*

\*- gal jelölt résznél kérem aláhúzni a megfelelőt.