**Szülői nyilatkozat**

**A gyermek neve\*\*:** ……………………………………………………………………………

**Születési helye, ideje:** …………………………………………………………………………

**Taj száma:** ……………………….

**Lakcíme:** …………………………………………………………………………....................

**A gyermek anyjának neve:** …………………………………………………………………..

**Alulírott szülő / törvényes képviselő\* ezúton nyilatkozom, hogy gyermekem tünetéről az intézménybe való visszatérés feltételeiről házi gyermekorvosommal egyeztettem, ennek alapján hozom vissza gyermekemet az intézménybe.**

**Gyermekem fertőző betegségben** ……………………………………….( szenved/ nem szenved \*\*\*)

**Az alábbi tünetek** ( észlelhető / nem észlelhető \*\*\*)

* Láz, hőemelkedés…………………………………………………………………..
* köhögés, nátha, torokfájás…………………………………………………………..
* hányás, hasmenés……………………………………………………………………
* bőrkiütés, sárgaság…………………………………………………………………..
* váladékozó szembetegség…………………………………………………………...
* fül- és orrfolyás ……………………………………………………………………..
* A gyermeknél előforduló allergia ( orvos által igazolt)…………………………….
* Az allergia tünetei:………………………………………………………………….
* Az allergiás időszak:………………………………………………………………..
* Az allergiára szed-e gyógyszert?................................................................................

**Kijelentem, hogy az elmúlt két hétben** **a család bármely tagja külföldön: (** tartózkodott / nem tartózkodott \*\*\*)…………………………………………………………………………………………

Ha igen, **melyik országban,** mettől meddig?....................................................................................................................................

Büntetőjogi felelősségem tudatában vállalom, hogy amennyiben a fenti nyilatkozatomban foglalt **bármely körülményben változás áll be, azt haladéktalanul jelzem az intézményvezető részére.**

Kijelentem, hogy amennyiben a nyilatkozatomban foglalt bármely körülményben az intézmény alkalmazottai változást tapasztalnak,az értesítéstől számított legrövidebb időn belül, köteles vagyok gondoskodni gyermekem intézményből történő elviteléről és az **orvosi konzultáció megtörténte után értesíteni az intézményt a gyermek betegségéről, további gyógykezeléséről!**

A szülő/ törvényes képviselő\* neve:………………………………..

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

…………………………………………….

Budapest, 2020………. Szülő/ gondviselő aláírása

*\*Kérem a megfelelőt aláhúzni!*

*\*\*Kérem nyomtatott betűvel kitölteni!*

*\*\*\* Kérem saját kezűleg beírni a zárójelben megadott válaszok közül a hiteles információt!*