**SZÜLŐI NYILATKOZAT (\*)**

**a tanuló egészségügyi állapotáról a nevelés-oktatási, illetve más, külső fogadó intézményben**

**az iskolai közösségi szolgálat teljesítéséhez**

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma:

A gyermek anyjának neve:

A gyermek TAJ száma:

További, a gyermekre vonatkozó fontos információ (pl.: allergia, méh, darázs, vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, vélt, valós félelmek, pókiszony, esetleg „alvajáró” stb.):

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

Törvényes képviselő neve:

Lakcíme:

Telefonos elérhetősége:

Dátum: …………………………………………..

 ……………………………………………………………………………….……..

 szülő/gondviselő/törvényes képviselő aláírása