

# NYILATKOZAT

Alulírott \_\_\_\_\_ (mint szülő/gondviselő) nyilatkozom, hogy  
gyermekem \_\_\_\_\_ a felsorolt tünetektől mentes, közösségbe  
mehet.

*(bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, tetű- és rühmentes és  
egyéb más fertőző betegségben nem szenved)*

\_\_\_\_\_, 2020. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
aláírás