**SZÜLŐI NYILATKOZAT**

Gyermek neve:

Szülő/gondviselő neve:

Gyermek háziorvosának/házi gyermekorvosának neve:

Gyermek háziorvosának/házi gyermekorvosának telefonos elérhetősége:

 **Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy** :

* a gyermeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

láz

torokfájás

hányás

hasmenés

bőrkiütés

sárgaság

egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés

váladékozó szembetegség

gennyes fül-és orrfolyás

* a gyermek tetű- és rühmentes
* Covid-19 pozitív esetben a tünetek kezdetétől számítva eltelt 7 nap, a láz és a légúti tünetek teljesen megszűntek.
* Covid-19 pozitív esetben 5. napon történő felszabadításhoz a 4. naptól láztalan volt, légúti tünetei megszűntek, hivatalos teszteredmény mellékelve.

**A nyilatkozatot kiállító** **szülő/gondviselő**

neve:

lakcíme:

telefonos elérhetősége:

Dátum:

 aláírás

 törvényes képviselő