**Szülői nyilatkozat**

**2. melléklet a 12/1991. (V. 18.) NM rendelet alapján**

Alulírott………..…………………………………………….(lakcím……………………………………………., telefonszám:………………………………..) nyilatkozom, hogy …………………………………. nevű ………. osztályos gyermekemen nem észlelhetők az alábbi tünetek:

1. Láz
2. Torokfájás
3. Hányás
4. Hasmenés
5. Bőrkiütés
6. Sárgaság
7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
9. Tetű és rüh

2024. …………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 törvényes képviselő aláírása

**Ezt a szülői nyilatkozatot a tábor első napján kérjük leadni!**