

SZÜLŐI/GONDVISELŐI NYILATKOZAT

Minden esetben kitöltendő:

Gyermek neve, osztálya:

Anyja neve:

Betegség esetén kitöltendő:

Büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbiakról nyilatkozom:

Gyermekem-tól, ig

betegség miatt hiányzott. Jelenleg a következő feltételek teljesülnek:

- legalább 3 napja láztalan;
- legalább 1 napja a következő tünetek megszűntek: köhögés, nehézlégzés, hirtelen kezdetű szag és ízérzés zavara, nátha, torokfájás, fül-fájás, fejfájás, hidegrázás, izomfájdalom, fáradékonyság, hányás, hasmenés, bőrkiütés, szemvéladékozás;
- COVID-19 gyanús esetben a tünetek kezdetétől eltelt legalább 10 nap.

A gyermekem házi orvosával konzultáltam, tanácsait betartottam.

Nem betegség (egyéb okok) esetén kitöltendő:

Büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbiakról nyilatkozom:

Gyermekem-tól, ig

nem betegség miatt hiányzott. Igazolásának oka:

Jelenleg a következő feltételek teljesülnek:

- legalább 3 napja láztalan;
- legalább 1 napja a következő tünetek megszűntek: köhögés, nehézlégzés, hirtelen kezdetű szag és ízérzés zavara, nátha, torokfájás, fül-fájás, fejfájás, hidegrázás, izomfájdalom, fáradékonyság, hányás, hasmenés, bőrkiütés, szemvéladékozás;
- COVID-19 gyanús esetben a tünetek kezdetétől eltelt legalább 10 nap.

Dátum:

.....

szülő/gondviselő aláírása

SZÜLŐI/GONDVISELŐI NYILATKOZAT

Minden esetben kitöltendő:

Gyermek neve, osztálya:

Anyja neve:

Betegség esetén kitöltendő:

Büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbiakról nyilatkozom:

Gyermekem-tól, ig

betegség miatt hiányzott. Jelenleg a következő feltételek teljesülnek:

- legalább 3 napja láztalan;
- legalább 1 napja a következő tünetek megszűntek: köhögés, nehézlégzés, hirtelen kezdetű szag és ízérzés zavara, nátha, torokfájás, fül-fájás, fejfájás, hidegrázás, izomfájdalom, fáradékonyság, hányás, hasmenés, bőrkiütés, szemvéladékozás;
- COVID-19 gyanús esetben a tünetek kezdetétől eltelt legalább 10 nap.

A gyermekem házi orvosával konzultáltam, tanácsait betartottam.

Nem betegség (egyéb okok) esetén kitöltendő:

Büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbiakról nyilatkozom:

Gyermekem-tól, ig

nem betegség miatt hiányzott. Igazolásának oka:

Jelenleg a következő feltételek teljesülnek:

- legalább 3 napja láztalan;
- legalább 1 napja a következő tünetek megszűntek: köhögés, nehézlégzés, hirtelen kezdetű szag és ízérzés zavara, nátha, torokfájás, fül-fájás, fejfájás, hidegrázás, izomfájdalom, fáradékonyság, hányás, hasmenés, bőrkiütés, szemvéladékozás;
- COVID-19 gyanús esetben a tünetek kezdetétől eltelt legalább 10 nap.

Dátum:

.....

szülő/gondviselő aláírása