

**A nyilatkozat leadása a közösségi szolgálat első napján leadandó a XV. kerületi Önkormányzat Egészségügyi Intézménye által kijelölt fogadó személynek.**

**Amennyiben abban bármilyen változás fent áll a közösségi szolgálatot teljesítő gyermek részéről, azonnali tájékoztatást kérünk a szülőtől az 5060-138-as vagy 50-60-139-es telefonszámon vagy a titkárság@xv-euint.hu elektronikus levelezési címen.**

### **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, váladékkozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

Törvényes képviselő neve: .....

Lakcíme: .....

Telefonos elérhetősége: .....

Dátum: .....

.....

szülő/gondviselő/törvényes képviselő  
aláírása

(\*) A nemzeti erőforrás miniszter 19/2012. (III.28.) NEFMI rendelete alapján, a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről szóló 12/1991. (V.18.) NM rendelet módosítása alapján