Pécsi Kulturális Központ

7633 Pécs, Dr. Veress Endre u. 6.

Nyilatkozat

1. A gyermek neve: ……

2. A gyermek születési dátuma: …….

3. A gyermek lakcíme: ……...

4. A gyermek anyjának neve: ……

5. Nyilatkozom arról, hogy
5.1. a gyermekemen észlelhetőek az alábbi tünetek:

5.1.1. Láz:	nem	igen
5.1.2. Torokfájás:	nem	igen
5.1.3. Hányás:	nem	igen
5.1.4. Hasmenés:	nem	igen
5.1.5. Bőrkiütés:	nem	igen
5.1.6. Sárgaság:	nem	igen
5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés:	nem	igen
5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás:	nem	igen
5.2. A gyermek tetű- és rühmentes:	nem	igen

Pécs, 2023. …..

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: ……..

Lakcíme: …….

Telefonos elérhetősége: ……

_____

aláírás