Orvosi igazolást kiváltó szülői nyilatkozat

**SZÜL**Ő**I/GONDVISEL**Ő**I NYILATKOZAT**

Gyermek neve:……………………………………………………………. Született: …………………………..

Szülő neve: ………………………..

 Lakcím: ……………………………

Büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbiakról nyilatkozom.

Gyermekem .................-tól, …….……....... ig betegség miatt közösségből 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, fülfájás, fejfájás, hidegrázás, izomfájdalom, fáradékonyság, hányás, hasmenés, bőrkiütés, szemváladékozás

- COVID-19 gyanús esetben a tünetek kezdetétől eltelt legalább 10 nap

A gyermekem háziorvosával konzultáltam, tanácsait betartottam.

Dátum:………………….…..

………………………………………….

 szülő/gondviselő aláírás