

SZÜLŐI NYILATKOZAT
A kitöltött nyilatkozat leadása az iskolai oktatás feltétele

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre, töltsse ki az alábbi adatokat (nyomtatott nagybetűkkel):

Járt-e gyermeke az elmúlt 14 napban az Országos Tisztifőorvos által sárga, illetve piros kategóriába sorolt országban (pl. Románia, Szerbia, Bulgária, Törökország, Montenegró, Bosznia)?	IGEN	NEM
Az elmúlt 14 nap során volt-e kapcsolatban a tanuló olyan személlyel, akinél beigazolódott a COVID-19/koronavírus fertőzés gyanúja?	IGEN	NEM
Az elmúlt 14 napban volt-e a tanulónak betegsége utaló tünete (pl. köhögés, orrfolyás, torokfájás, láz, szaglás-, ízlelés elvesztése)?	IGEN	NEM

Tanuló neve, osztálya: _____

Szülő, gondviselő neve, telefonszáma: _____

Tudomásul veszem, hogy amennyiben gyermekemen a továbbiakban a betegség tüneteit észlelem, nem engedem iskolába (kollégiumba) és mindenben a háziorvos/gyermekorvos utasítása szerint járok el.

_____ (település) 2020. augusztus 30.

Szülő/gondviselő aláírása: _____