



## NYILATKOZAT

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma:

A gyermek lakcíme:

A gyermek anyjának neve:

Alulírott szülő nyilatkozom arról, hogy a gyermekemen nem észlelhetők az alábbi tünetek:

- Láz
- Torokfájás
- Hányás
- Hasmenés
- Bőrkiütés
- Sárgaság
- Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
- Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
- A gyermek tetű- és rühmentes
- Allergia:

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

Neve:

Lakcíme:

Telefonos elérhetősége:

E-mail címe:

*Feliratkozom a Zabolázó Lovasudvar hírlevelére.*

A nyilatkozat kiállításának dátuma:

Aláírás: