**Egészségügyi nyilatkozat 2023**

| **Gyermek** neve: |  |
| --- | --- |
| Taj kártya száma: |  |
| A gyermek születési dátuma: |  |
| A gyermek lakcíme: |  |
| A gyermek anyjának neve : |  |

**Nyilatkozat arról, hogy a gyermeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:**

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

Továbbá nyilatkozom, hogy:

* nincsenek légúti vírusfertőzésre utaló tünetei,
* testhőmérséklete megfelelő,
* gyermekemnek nem volt pozitív COVID-19 tesztje,
* nincs a családban vagy környezetemben COVID-19 pozitív beteg;
* gyermekem nem áll járványügyi megfigyelés alatt.

Vállalom, hogy gyermekem ugyanazokkal az edzőpartnerekkel végezze az edzéseket a járványügyi intézkedések feloldásáig.

**A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő**

| Neve: |  |
| --- | --- |
| lakcíme: |  |
| Telefonos elérhetősége: |  |
| E-mail-címe: |  |
| A nyilatkozat kiállításának dátuma: |  |
| **Törvényes képviselő aláírása:** |  |