

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT*

A Nemzeti Agrárgazdasági Kamara Nógrád megyei Igazgatósága által szervezett PÁLYAORIENTÁCIÓS PROGRAMHÉTEN való részvételhez

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma, helye:

Anyja neve:

A gyermek lakcíme:

Törvényes képviselőjének neve:

Törvényes képviselőjének lakcíme:

Törvényes képviselőjének telefonszáma:

Alulírott (törvényes képviselő neve) (anyja neve:, szig.sz.:) nyilatkozom arról, hogy a fent nevezett gyermek egészségügyi állapota lehetővé teszi a „Szakmakóstoló hét” programon való részvételét, a gyermekem nem észlelhető az alábbi tünetek:

- láz; torokfájás; köhögés; orrfolyás; nehéz légzés; hányás; hasmenés; bőrkütiés; sárgaság; egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés; váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás.

Nyilatkozom, hogy a gyermekem tetű- és rühmentes. Közösségben való részvétele tudomásom szerint nem okoz egészségügyi kockázatot.

Nyilatkozom továbbá, hogy COVID-19 vírusfertőzés és vírusfertőzésre utaló tünetek sem a gyermeknél, sem a vele egy háztatásban élőknel nem jelentkeztek a „Szakmakóstoló hét” kezdetének napjától számított 14 napot megelőzően.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben ez mégis bekövetkezik, akkor haladéktalanul bejelentem a szervezőknek az alábbi elérhetőségeken:

megyei referens telefonszáma: Miltner Zsolt képzési referens +3670-522-5243

szervező intézmény telefonszáma: Filkor Lajos igazgató +3632-370-573

Kelt:, 2020. hónapján

.....
alíírás
Szülő/törvényes képviselő

* a 12/1991. (V. 18.) NM rendelet 2. melléklete alapján