

SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Szülő, törvényes képviselő neve:

Lakcím:

Telefonszám:

Gyermek neve:

Születési dátuma:

Lakcíme:

Anyja neve

Aláírással igazolom, hogy fent nevezett gyermekem:

☐ Ételallergiában nem szenved

☐ Gyermelem az alábbi ételallergiában szenved:

Jelen nyilatkozatot tanév **iskolagyümölcs és-zöldség, valamint iskolatej**-program megvalósítása érdekében adtam ki.

Kelt.: Tószeg, 20....év..... hó..... nap

aláírás

SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Szülő, törvényes képviselő neve:

Lakcím:

Telefonszám:

Gyermek neve:

Születési dátuma:

Lakcíme:

Anyja neve

Aláírással igazolom, hogy fent nevezett gyermekem:

☐ Ételallergiában nem szenved

☐ Gyermelem az alábbi ételallergiában szenved:

Jelen nyilatkozatot tanév **iskolagyümölcs és-zöldség, valamint iskolatej**-program megvalósítása érdekében adtam ki.

Kelt.: Tószeg, 20... év..... hó..... nap

aláírás