**NYILATKOZAT**

Tanuló neve: …………………………………………………………………………………………………………….

Osztálya: ………………..

Oktatási azonosító száma: ………………………………………

A nyilatkozatot kitöltő törvényes képviselő neve: ………………………………………………………

Fent nevezett tanuló törvényes képviselőjeként nyilatkozom, hogy a tanuló ………… év ……………......... hó ……… napjától …………év ……………………..hó ……….. napjáig az illetékes közegészségügyi-járványügyi hatóság döntése és tájékoztatása alapján otthonában járványügyi megfigyelés hatálya alatt tartózkodott.

A járványügyi megfigyelés ideje alatt a tanuló betegség tüneteit

nem mutatta mutatta\*

Jelen nyilatkozatot a járványügyi megfigyelés idejének hivatalos igazolása céljából töltöttem ki, kijelentem, hogy a nyilatkozatban foglaltak a valóságnak megfelelnek

Dátum: ………………………………………….

………………………………………………………

törvényes képviselő aláírása

Tájékoztatás

* A nyilatkozat kitöltésére abban az esetben van szükség, ha a tanuló járványügyi megfigyelés alá került, de erről a hatóság írásos határozatot nem adott.
* Ha a tanuló a megfigyelés ideje alatt nem volt beteg, vagy a járványügyi hatóság határozata, vagy jelen nyilatkozat bemutatása mellett jöhet újra iskolába, hiányzása a jelzett időtartamra igazolt.
* Ha a tanuló a megfigyelés ideje alatt beteg volt, a nyilatkozathoz a háziorvos igazolását is csatolni kell.
* A nyilatkozatot az első iskolában töltött napon az osztályfőnöknek kell átadni, vagy előtte elektronikus formában eljuttatni.