



☒ 1204 Budapest, Török Flóris u. 89.
☎ és fax: 283-0624 ☎ 283-0858
☒ <http://eotvoszki.hu>
titkarsag@elg-bp.sulinet.hu
OM: 203031

Szülői nyilatkozat

A tanuló neve, osztálya: _____

Születési idő: _____

Lakcím: _____

1. Jelen nyilatkozat aláírását megelőző 14 napban tartózkodott e fent nevezett tanuló, illetve vele közvetlen kapcsolatba került közvetlen környezetében élő személy vagy a tanuló hozzátartozója a járványügyi készültségi időszak utazási korlátozásairól szóló 341/2020. (VII.12.) kormányrendelet alapján kiadott országos tisztifőorvosi határozatban, a jelen nyilatkozat kitöltésének napján aktuálisan megjelölt országok területén?

igen / nem

Ha igen, a terület megnevezése: _____,
színjelzése _____, beutazás dátuma: _____

Hatósági házikarantén elrendelésére sor került e: igen / nem

Ha igen, az elrendelés dátuma: _____

2. Érintkezett e tanulónk olyan személlyel, aki a jelen nyilatkozat aláírását megelőző 14 napban utazott be a járványügyi készültségi időszak utazási korlátozásairól szóló 341/2020. (VII.12.) kormányrendelet alapján kiadott országos tisztifőorvosi határozatban, a jelen nyilatkozat kitöltésének napján aktuálisan megjelölt országok területén?

igen / nem

Ha igen, a terület megnevezése: _____,
színjelzése _____, beutazás dátuma: _____

Hatósági házikarantén elrendelésére sor került e: igen / nem

Ha igen, az elrendelés dátuma: _____

3. Kapcsolatba került e fent nevezett tanuló, vagy vele közvetlen környezetében élő személy megerősített új koronavírus fertőzésben szenvedő személlyel?

igen / nem

Ha igen, utolsó érintkezés dátuma: _____



☒ 1204 Budapest, Török Flóris u. 89.
☎ és fax: 283-0624 ☎ 283-0858
☒ <http://eotvoszki.hu>
titkarsag@elg-bp.sulinet.hu
OM: 203031

4. Járt e az elmúlt 14 napban olyan egészségügyi intézményben, ahol tudomása szerint koronavírusos megbetegedésben szenvedő személyeket kezelnek?

Ha igen, dátuma: _____

5. Amennyiben fent nevezett tanuló észlelte magán a következő tünetek valamelyikét, úgy élte a jelzéssel háziorvosa felé, Tünetek: Láz, fáradtság, száraz köhögés, torokfájás, légszomj, hányás, hasmenés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, bőrkiütés

nem észleltem tüneteket / észleltem tüneteket, éltem jelzéssel / észleltem tüneteket, nem éltem jelzéssel

Jelen nyilatkozat aláírásával magamra nézve kötelezően elfogadom, hogy az új koronavírus fertőzés (COVID – 19) terjedésének minimalizálása érdekében az együttműködési kötelezettség, valamint a jóhiszeműség és tisztesség elve alapján haladéktalanul tájékoztatom az intézményvezetőt / osztályfőnököt / intézményt, amennyiben bármilyen, az intézményt, a dolgozókat vagy az iskolai foglalkozások során velük kapcsolatba kerülő harmadik személyt – különösen ellátottakat, gondozottakat – érintő egészségügyi vagy egyéb kockázatról van tudomásom. Ideértve fent nevezett tanuló saját potenciálisan fertőző megbetegedésének fennállásának veszélyét. Jelen kötelezettség kiterjed az esetlegesen fertőzött személlyel való feltételezett érintkezésre is.

Dátum: _____, 2020. _____ hó _____ nap

Olvasható név: _____

Aláírás: _____