

NYILATKOZAT

Alulírott kijelentem, hogy

- gyermekem a Forrás Oktatási Központ tanulója a 2020/2021-es tanév kezdetekor egészséges, tünetmentes (nem lázas, nem náthás, nem köhög, nincs légszomja, egyéb akut megbetegedése).

Tanuló neve:.....

Tanuló osztálya:.....

2020. augusztus 15. után (a megfelelő rész aláhúzendó!)

- | | | |
|---|------|-----|
| - Járt külföldön | igen | nem |
| - Találkozott igazolt vagy gyanús COVID-19 fertőzött személlyel | igen | nem |
| - Érintkezett olyan emberrel, akinek láza, köhögése, légszomja volt | igen | nem |
| - Hatósági karantén alatt áll | igen | nem |
| - Fennáll egy héten belül kezdődött | | |
| láz, hőemelkedés | igen | nem |
| száraz köhögés | igen | nem |
| légszomj | igen | nem |
| izomfájdalom | igen | nem |
| orrfolyás, torokfájás, szaglás/ízérzés elvesztése | igen | nem |
| - Az alábbi betegségek valamelyike fennáll | | |
| szív-és érrendszeri betegség, szívelégtelenség | igen | nem |
| légzőszervi betegség | igen | nem |
| cukorbetegség | igen | nem |
| rosszindulatú daganat | igen | nem |
| immungyengeség vagy immungyengítő kezelés | igen | nem |

Kötelezem magam, hogy a fenti adatokban való bármilyen változást a Forrás Oktatási Központ illetékes intézményvezetője, helyettese felé haladéktalanul bejelentem.

Az itt közölt adatok valóságtartalmáért büntetőjogi felelősséggel tartozom. Kijelentem, hogy tudomással bírok arról, hogy a valótlan nyilatkozat és a nyilatkozat tartalmában való változás bejelentésének elmulasztása a 2020. évi LVIII. törvény rendelkezései szerint járványügyi szabályszegés szabálysértésének minősül, amely 500.000.-Ft-ig terjedő pénzbírsággal büntethető.

Amennyiben a gyermekemnél fertőzés tünetei észlelhetők, **értesítem az intézményt (osztályfőnököt) és a tanuló házi orvosát.** A házi orvos (házi gyermekorvos), illetve a kezelőorvos jogosult a COVID-19 fertőzés gyanújára vonatkozóan nyilatkozni. Amennyiben fennáll a gyanú, nekik kötelességük az NNK által kiadott aktuális eljárásrendnek megfelelően ellátni a beteggel kapcsolatos teendőket. **Az iskolába a tanuló kizárólag orvosi igazolással térhet vissza.**

Tard, 2020.08.31.

szülő (gondviselő) neve:.....

szülő (gondviselő) neve:.....