NYILATKOZAT

Alulírott ………………………………………. szülő/törvényes képviselő az alábbiakban hivatalosan nyilatkozom, hogy gyermekem

Név: ……………………………………………. Osztálya: ……………..

* fokozott kockázatú allergiás betegséggel diagnosztizálták,

betegsége: …………………………………………………………………………..

* fokozott kockázatú allergiás betegséget nem diagnosztizáltak nála.

Újszentmargita, 20….. ………………

…..…………………………….

szülő/törvényes képviselő aláírása