**Egészségügyi nyilatkozat**

**az Alternatív Közgazdasági Gimnázium tanulói részére**

**Gyerek neve:** .............................................................................

Születési dátuma (év, hónap, nap): .............................................................................

Lakcíme: .............................................................................

Szülő neve: .............................................................................

Szülő telefonszáma: .............................................................................

*(a megfelelő válasz aláhúzandó)*

**Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e ?**

Láz (több mint 38°C) Igen Nem

Köhögés Igen Nem

Légszomj Igen Nem

Torokfájás Igen Nem

Izomfájdalom Igen Nem

Szaglásvesztés Igen Nem

Tünet(ek) kezdete:

**Járt-e az elmúlt 14 napban külföldön?**

Nem Igen, az alábbi országban: ...............................................

**Került-e szoros kapcsolatba koronavírussal fertőzőtt személlyel?**

 Igen Nem

**Nyilatkozom, hogy a fenti adatok megfelelnek a valóságnak.**

................................................................. .................................................................

szülő (törvényes képviselő) aláírása 18 éven felüli tanuló aláírása

..........................., 2020. augusztus ...............