**Orvosi igazolás – szülői nyilatkozattal együtt érvényes**

**Név, szül.dátum:**

* A szülő telemedicina útján jelezte, hogy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ napon a gyermeken betegség tünetei jelentkeztek, emiatt nem ment közösségbe. Orvosi ellátásra nem volt szüksége, az igazolás az orvos- beteg bizalmi viszonynak megfelelően a szülő nyilatkozata alapján készül. Az említett tünetek várhatóan \_\_\_\_napon belül szűnnek. A gyermek a közösségbe tünetmentesen térhet vissza amelyről alább a szülő nyilatkozik.
* Igazolom, hogy a gyermeket a mai napon vizsgáltam. A szülő/beteg elmondása szerint a gyermeken a betegség tünetei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ napon jelentkeztek, emiatt nem ment közösségbe. A beteg várhatóan \_\_\_ napon belül gyógyul, a gyermek közösségbe tünetmentesen térhet vissza, amelyről alább a szülő nyilatkozik.
* A beteg/szülő jelezte, hogy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_napon a gyermek szakorvosi vizsgálaton/ellátáson/kórházi kezelésen vett részt, emiatt nem ment közösségbe. Igazolást nem kapott, az ellátást dokumentumokkal igazolta.
* A beteget első alkalommal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, majd a mai napon vizsgáltam betegség tünetei miatt. Hiányzása ennek alapján orvosilag igazolt a fenti időszakra.

**A gyermek a közösségbe tünetmentesen térhet vissza, amelyről alább a szülő nyilatkozik. A gondviselő által közölt információért felelősséget nem vállalhatok.** A betegségek lappangási ideje miatt az, hogy egy gyermek egészséges, és biztosan nem fertőzi társait, orvosi vizsgálattal nem igazolható. A tünet és panaszmentességet pedig - mely a tanintézmények látogatásának feltétele - a gyermeket ápoló szülő észleli.

**Az igazolást a BM/25040-3/2023 sz. államtitkári szabályozás alapján állítottam ki**

dátum pecsét aláírás

**-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbiakról nyilatkozom:** Gyermekemen legalább 24 órája betegség tüneteit nem észlelem. Gyermekem háziorvosával szükség szerint konzultáltam, tanácsait betartottam.

Nyilatkozom, hogy gyermekem,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a fenti

betegség miatt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-tól \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ig időszakban hiányzott.

**Dátum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **szülő aláírása Orvosi igazolás – szülői nyilatkozattal együtt érvényes**

**Név, szül.dátum:**

* A szülő telemedicina útján jelezte, hogy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ napon a gyermeken betegség tünetei jelentkeztek, emiatt nem ment közösségbe. Orvosi ellátásra nem volt szüksége, az igazolás az orvos- beteg bizalmi viszonynak megfelelően a szülő nyilatkozata alapján készül. Az említett tünetek várhatóan \_\_\_\_napon belül szűnnek. A gyermek a közösségbe tünetmentesen térhet vissza amelyről alább a szülő nyilatkozik.
* Igazolom, hogy a gyermeket a mai napon vizsgáltam. A szülő/beteg elmondása szerint a gyermeken a betegség tünetei \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ napon jelentkeztek, emiatt nem ment közösségbe. A beteg várhatóan \_\_\_ napon belül gyógyul, a gyermek közösségbe tünetmentesen térhet vissza, amelyről alább a szülő nyilatkozik.
* A beteg/szülő jelezte, hogy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_napon a gyermek szakorvosi vizsgálaton/ellátáson/kórházi kezelésen vett részt, emiatt nem ment közösségbe. Igazolást nem kapott, az ellátást dokumentumokkal igazolta.
* A beteget első alkalommal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, majd a mai napon vizsgáltam betegség tünetei miatt. Hiányzása ennek alapján orvosilag igazolt a fenti időszakra.

**A gyermek a közösségbe tünetmentesen térhet vissza, amelyről alább a szülő nyilatkozik. A gondviselő által közölt információért felelősséget nem vállalhatok.** A betegségek lappangási ideje miatt az, hogy egy gyermek egészséges, és biztosan nem fertőzi társait, orvosi vizsgálattal nem igazolható. A tünet és panaszmentességet pedig - mely a tanintézmények látogatásának feltétele - a gyermeket ápoló szülő észleli.

**Az igazolást a BM/25040-3/2023 sz. államtitkári szabályozás alapján állítottam ki**

dátum pecsét aláírás

**--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Büntetőjogi felelősségem tudatában az alábbiakról nyilatkozom:** Gyermekemen legalább 24 órája betegség tüneteit nem észlelem. Gyermekem háziorvosával szükség szerint konzultáltam, tanácsait betartottam.

Nyilatkozom, hogy gyermekem,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a fenti

betegség miatt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-tól \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ig időszakban hiányzott.

**Dátum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **szülő aláírása**