



Ballet Academy Budapest

NYILATKOZAT

1. A gyermek neve.....
2. Születési dátuma.....
3. Lakcíme.....
4. Anyja neve.....
5. E-mail címe.....
6. Számlázási név és cím (ÁFÁS számla igénye esetén).....

.....

.....

7. Alulírott nyilatkozom arról, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrküetés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermekem tetű- és rühmentes.

Budapest, 2016.....

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása:.....

Telefonszáma:.....

Nyilatkozat a 12/1991. (V.18.) NM rendelet alapján