

## Szülői/Gondviselői nyilatkozat

Alulírott.....hozzájárulok

/név, lakcím, szem.ig.szám/

gyermekem.....

/név, szül.dátum, taj szám/

fogászati/ fogsabályozási kezeléséhez.

/megfelelő aláhúzendó/

Igazolom, hogy gyermekem semmilyen fertőző vagy egyéb betegségben nem szenved, gyógyszer, vagy egyéb (pl.: laktóz, glutén, pollen, fém stb) allergiája nincs.

.....  
szülő/gondviselő

Gyermekem..... betegségben szenved.

Gyermekemnek.....gyógyszerérzékenysége van.

Gyermekem.....érzékeny/allergiás

.....  
szülő/gondviselő

Dátum:.....

Kérjük a nyilatkozatot olvashatóan töltsék ki.