# 1. sz. melléklet

**Szülői kérelem a gyermek igazolt hiányzásához**

Tisztelt Óvodavezető Asszony!

Kérem, hogy …………………………………………………. nevű gyermekem (született: ………………….………….. óvodai távollétét, a Házirendben szabályozottak alapján 20….. ….. napjától- 20…. … napjáig engedélyezni szíveskedjen.

Kelt: …………………………….

Tisztelettel:

……………………………………………..

aláírás (szülő)

A Budaörsi Kincskereső Óvoda (OM azonosító: 202686 vezetőjeként a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 51. § (2) bekezdése alapján a fent megjelölt időszakra az óvoda házirendjében meghatározottak szerint **engedélyt adok a távolmaradásra, a hiányzást igazoltnak tekintem.**

Budaörs, 20…., …………….. hó ………. nap

 ……………………………………….

 intézményvezető

 Ph

**(20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 51. § (2)** „Ha a gyermek az óvodai foglalkozásról, a tanuló a tanítási óráról és egyéb foglalkozásról, valamint a kollégiumi foglalkozásról távol marad, mulasztását igazolnia kell. A mulasztást igazoltnak kell tekinteni, ha

*a)* a gyermek, a tanuló – gyermek, kiskorú tanuló esetén a szülő írásbeli kérelmére – a házirendben meghatározottak szerint engedélyt kapott a távolmaradásra,

b) a gyermek, a tanuló beteg volt, és azt a házirendben meghatározottak szerint igazolja,

c) a gyermek, a tanuló hatósági intézkedés vagy egyéb alapos indok miatt nem tudott kötelezettségének eleget tenni,

**SZÜLŐI NYILATKOZAT**

Gyermek neve:

Szülő/gondviselő neve:

Gyermek háziorvosának/házi gyermekorvosának neve:

Gyermek háziorvosának/házi gyermekorvosának telefonos elérhetősége:

 **Büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom arról, hogy** :

* a gyermeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

láz

torokfájás

hányás

hasmenés

bőrkiütés

sárgaság

egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés

váladékozó szembetegség

gennyes fül-és orrfolyás

* a gyermek tetű- és rühmentes
* Covid-19 pozitív esetben a tünetek kezdetétől számítva eltelt 7 nap, a láz és a légúti tünetek teljesen megszűntek.
* Covid-19 pozitív esetben 5. napon történő felszabadításhoz a 4. naptól láztalan volt, légúti tünetei megszűntek, hivatalos teszteredmény mellékelve.

**A nyilatkozatot kiállító** **szülő/gondviselő**

neve:

lakcíme:

telefonos elérhetősége:

Dátum:

 …………………….

 törvényes képviselő