

SZÜLŐI BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

A vizsgálatban részt vevő kiskorú személy:

Neve:

Születési helye és ideje:

Anyja neve:

Taj száma:

Alulírott: neve:

Születési helye és ideje:

Anyja neve:

Lakcíme:

Email cím:

Telefonszám:

Mint a vizsgálatban részt vevő kiskorú személy szülője és törvényes képviselője a jelen nyilatkozat aláírásával beleegyezésemet adom ahhoz, hogy gyermekemen a

Típusú vizsgálatot elvégezzék.

Kijelentem, hogy a mai napon a fent nevezett vizsgálatban részt vevő kiskorú személy törvényes képviselője vagyok, a szülői felügyeleti jogom felfüggesztve, korlátozva, illetve megszüntetve nincs, a jelen nyilatkozat megtételére jogosult vagyok.

_____, 20____. _____ hó ____ . napján

**a vizsgálatban résztvevő kiskorú személy
törvényes képviselőjének aláírása**