

**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.

\_\_\_\_\_, 202 \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ . napján

---

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