

SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

Tábor ideje: _____ -tól _____ -ig

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermequem (táborozó neve): _____ Anyja neve: _____

Táborozó születési ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

Táborozó lakcíme:

_____ ir.szám _____ település _____ (utca, út, stb) _____ házszám

az elmúlt két hétben nem észlelhetők az alábbi tünetek:

- nincs - torokfájás,
- nincs - hányás,
- nincs - hasmenés,
- nincs -bőrkiütés,
- nincs -sárgaság,
- nincs - egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- nincs - váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás
- nincs - láz
- nincs - fáradékonyság, gyengeség
- nincs - légzési nehézség
- nincs- légszomj
- nincs - száraz köhögés
- nincs - ízlelés, szaglás elvesztése

valamint gyermekem tetű-, és rühmentes

Gyógyszer allergia: nincs van: _____

Egyéb (pl: tartós betegség, maradandó károsodás, elvégzett műtét):

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: _____

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:

_____ ir.szám _____ település _____ (utca, út, stb) _____ házszám

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36 _____ 1 _____

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2023. évi fenti időpontban megjelölt táborozásához állítottam ki.

Az egészségügyi nyilatkozat megléte a feltétele a táborban való részvételnek! Az eltitkolt, a jelentkezési lapon fel nem tüntetett betegség a táborozásból való kizárást vonhatja maga után!

A kitöltött nyilatkozatot a táborozás kezdőnapján kell átadni a tábort szervezőnek, táborvezetőnek!

Kelt.: _____ 2024. _____ hó _____ nap

nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása