

Szülői egészségügyi nyilatkozat

Gyermek neve: _____

Születési dátuma: _____

Taj-száma: _____

Lakcíme: _____

Szülő, törvényes képviselő neve: _____

Lakcíme: _____

Telefonszáma: _____

Aláírással igazolom, hogy fent nevezett gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

- láz,
- torokfájás,
- hányás,
- hasmenés,
- bőrkiütés,
- sárgaság,
- egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés,
- váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás;
- valamint a gyermek tetű- és rühmentes.

Gyermeke ételallergiában, tartós betegségben nem szenved, gyógyszert a tábor ideje alatt nem kell szednie.

Gyermeke az alábbi tartós betegsége, ételallergiája, és/vagy a tábor alatt szükséges gyógyszerei:

Kelt: _____, _____ év _____ hónap _____ nap _____

Aláírás