

SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT
TÁBOROZÁSHOZ

A gyermek neve:		
A gyermek születési dátuma:évhónapnap	
A gyermek lakcíme:		
A gyermek anyjának neve:		
Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen	láz	észlelhető / nem észlelhető
	torokfájás	észlelhető / nem észlelhető
	hányás	észlelhető / nem észlelhető
	hasmenés	észlelhető / nem észlelhető
	bőrkiütés	észlelhető / nem észlelhető
	sárgaság	észlelhető / nem észlelhető
	egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés	észlelhető / nem észlelhető
	váládékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás	észlelhető / nem észlelhető
A gyermekem tetű- és rühmentes	igen / nem	
Hozzájárulok, hogy gyermekemet a tábor orvosa a táborozás ideje alatt megvizsgálja.	igen / nem	
Vállalom, hogy gyermekemnél észlelt betegség esetén, a táborvezető értesítését követően azonnal, saját költségemre érte megyek és elviszem a táborból.		
A nyilatkozatot kiállító	neve:	_____
	lakcíme:	_____
	telefonos elérhetősége:	_____
	e-mail címe:	_____

.....
aláírás

Budapest, 20..... hónap nap