

A Szakmai Program 5. számú melléklete

SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

Tábor ideje: _____-tól _____-ig

Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozást megelőző négy napon belül, de legkésőbb a táborozás kezdőnapján kell átadni a tábort szervezőnek, táborvezetőnek

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermelem (táborozó neve): _____ Anyja neve: _____

Táborozó születési ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

Táborozó lakcíme:

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

nem észlelhetők az alábbi tünetek:

- ☐ nincs -torokfájás,
 - ☐ nincs -hányás,
 - ☐ nincs -hasmenés,
 - ☐ nincs -bőrkütiés,
 - ☐ nincs -sárgaság,
 - ☐ nincs -egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
 - ☐ nincs -véládékozó szembetegység, gennyés fül-, és orrfolyás
- valamint gyermekem tetű-, és rühmentes

Gyógyszer allergia: ☐ nincs ☐ van: _____

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 _____

Jelen nyilatkozatot gyermekem 20____. évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt.: _____, 201 . _____ hó _____ nap

nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása