**Szülői nyilatkozat táborozáshoz**

|  |
| --- |
| Gyermek neve: |
| Gyermek születési helye, ideje: |
| Gyermek lakcíme: |
| Gyermek TAJ száma: |
| Szülő/gondviselő neve |
| Gyermekemen észlelhetők-e az alábbi tünetek: | igen | nem |
| láz |  |  |
| torokfájás |  |  |
| hányás |  |  |
| hasmenés |  |  |
| bőrkiütés |  |  |
| sárgaság |  |  |
| egyéb bőrelváltozás |  |  |
| váladékozó szembetegség |  |  |
| gennyes fül – és/vagy orrfolyás |  |  |
| a gyermek tetű - és rühmentes |  |  |
| krónikus betegség: szív tüdő, idegrendszer, cukorbetegség, epilepszia, asztma, egyéb | Mi a betegség? |  |
| gyógyszerérzékenység | Mire? |  |
| táplálék allergia | Mire? |  |
| egyéb érzékenység | Mire? |  |
| rendszeres gyógyszerszedés | Mit?Mennyit? |  |
| 4 héten belül a gyermek környezetében volt-e fertőző betegség? |  |  |
| Kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekem betegségét nem titkoltam el. |

Budapest, 2024. …………………………

……………………………………….

aláírás