

## Szülöi nyilatkozat táborozáshoz

Gyermek neve:	Gyermek születési dátuma:	
Gyermek lakcíme:	Gyermek anyjának neve:	
Nyilatkozat:	(Kérjük a megfelelő aláhúzni)	
A gyermekemen észlelhetők az alábbi tünetek:		
láz	igen	nem
torokfájás	igen	nem
hányás	igen	nem
hasmenés	igen	nem
bőrkítés	igen	nem
sárgaság	igen	nem
egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés	igen	nem
váládékozó szembetegség	igen	nem
gennyes fül-és orrfolyás	igen	nem
a gyermek tetű-és rühmentes	igen	nem
krónikus betegség	szív,tüdő,idegrendszeri,cukorbetegség, aszthma, egyéb.....	epilepszia,
gyógyszerérzékenység	igen	Mire?: nem
táplálék allergia	igen	Mire?: nem
egyéb érzékenység	igen	Mire?: nem
rendszeresen szed-e gyógyszert?	igen	Mit és mennyit? nem
4 héten belül a gyermek környezetében, családjában, bármely közösségben, ahova a gyerek jár, fertőző betegség előfordult igen nem		
Kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.		
Kérjük a hiánytalan, pontos kitöltést!		

Törvényes képviselő

Lakcíme:..... telefonos elérhetősége:.....

Amennyiben a nyilatkozat kitöltésében védőnő közreműködött, a védőnő aláírása:.....

Dátum:.....

(a tábor megkezdése előtti nap!)

törvényes képviselő aláírása

## Szülöi nyilatkozat táborozáshoz

Gyermek neve:	Gyermek születési dátuma:	
Gyermek lakcíme:	Gyermek anyjának neve:	
Nyilatkozat:	(Kérjük a megfelelő aláhúzni)	
A gyermekemen észlelhetők az alábbi tünetek:		
láz	igen	nem
torokfájás	igen	nem
hányás	igen	nem
hasmenés	igen	nem
bőrkítés	igen	nem
sárgaság	igen	nem
egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés	igen	nem
váládékozó szembetegség	igen	nem
gennyes fül-és orrfolyás	igen	nem
a gyermek tetű-és rühmentes	igen	nem
krónikus betegség	szív,tüdő,idegrendszeri,cukorbetegség, aszthma, egyéb.....	epilepszia,
gyógyszerérzékenység	igen	Mire?: nem
táplálék allergia	igen	Mire?: nem
egyéb érzékenység	igen	Mire?: nem
rendszeresen szed-e gyógyszert?	igen	Mit és mennyit? nem
4 héten belül a gyermek környezetében, családjában, bármely közösségben, ahova a gyerek jár, fertőző betegség előfordult igen nem		
Kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs.		
Kérjük a hiánytalan, pontos kitöltést!		

Törvényes képviselő

Lakcíme:..... telefonos elérhetősége:.....

Amennyiben a nyilatkozat kitöltésében védőnő közreműködött, a védőnő aláírása:.....

Dátum:.....

(a tábor megkezdése előtti nap!)

törvényes képviselő aláírása