

Egészségügyi nyilatkozat

Táborozó adatai

Neve:

Születési dátuma:

Lakcíme:.....

Édesanyja neve:.....

A Szülő, Törvényes képviselő adatai:

Neve:

Lakcíme:.....

Elérhetősége:.....

Mint Szülő/ Törvényes képviselő nyilatkozom arról, hogy a táborozón nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

- Láz
- Torokfájás
- Hányás
- Hasmenés
- Bőrkütiés
- Sárgaság
- Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
- Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
- A gyermek tetű- és rühmentes

Figyelem: az egészségügyi hozzájáruló nyilatkozat hiánya, vagy a kitöltött nyilatkozaton tett valótlan állítás a táborból való kizárást vonhatja maga után, amely esetben visszatérítésre nincs lehetőség!

Budapest, 2024. (a tábor első napja)

.....
Szülő, Törvényes képviselő aláírása