

SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozás kezdő napján kell átadni a táborvezetőnek!

1. Táborozó neve:.....

2. Anyja neve:

3. Táborozó szül. ideje:

4. Táborozó lakcíme:

5. Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen észlelhetők az alábbi tünetek:

- | | |
|--|-----------------|
| 5.1.1. Láz: | <u>nem</u> igen |
| 5.1.2. Torokfájás: | <u>nem</u> igen |
| 5.1.3. Hányás: | <u>nem</u> igen |
| 5.1.4. Hasmenés: | <u>nem</u> igen |
| 5.1.5. Bőrkütiés: | <u>nem</u> igen |
| 5.1.6. Sárgaság: | <u>nem</u> igen |
| 5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés: | <u>nem</u> igen |
| 5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás: | <u>nem</u> igen |
| 5.2. A gyermek tetű- és rühmentes: | nem <u>igen</u> |

A nyilatkozatot kiállító
törvényes képviselő neve:

A nyilatkozatot kiállító
törvényes képviselő lakcíme:

A nyilatkozatot kiállító
törvényes képviselő telefonszáma:

Jelen nyilatkozatot a gyermekem Balatonfenyves-alsó táborban történő 2025. évi táborozásához adtam ki.

Pécs, 2025.

.....
nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása

ADATOK

Táborozó neve:..... osztálya:

TAJ száma:.....

Háziorvosának neve:.....

Telefonszáma:.....

Diákigazolvány száma:

Szülő neve:

címe:.....

tel: (ahol a tábor ideje alatt elérhető)

A táborozó krónikus betegsége, allergiája (Ha diétás étkezés szükséges, orvosi igazolás kell hozzá!):

.....

Állandóan szedett gyógyszer és adagja:

.....

.....

egyéb (pl.:kérés: ki, kivel szeretne együtt lenni szobában/sátorban... stb., nem velünk utazik):

.....

.....