

Egészségügyi nyilatkozat

Gyermek neve:.....

Gyermek születési dátuma:.....

Gyermek lakcíme:.....

Gyermek édesanyjának neve:.....

Jelen nyilatkozat aláírásával igazolom, hogy az alábbi tünetek egyike sem észlelhető gyermekemen:

- láz
- torokfájás
- hányás
- hasmenés
- bőrkiütés
- sárgaság
- egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
- a gyermek tetű és rüh mentes

Szed e rendszeresen gyógyszert ? IGEN NEM

Ha IGEN milyen?

Allergia/túlérzékenység (étel, gyógyszer, pollen, stb.) VAN NINCS

Ha van mire?

Törvényes képviselő neve:.....

Telefonos elérhetősége:.....

Lakcíme:.....

A táborozók és szüleiik elismerik, hogy elolvasták, megértették és rájuk vonatkozólag kötelező érvényűnek tekintik a tábor Házirendjét.

Budapest, 2017.

A fentieket tudomásul vettem:

.....
törvényes képviselő aláírása