

## SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT



Gyermek neve: \_\_\_\_\_

A gyermek születési dátuma: \_\_\_\_\_

A gyermek lakcíme: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen

Láz észlelhető / nem észlelhető

Torokfájás észlelhető / nem észlelhető

Hányás észlelhető / nem észlelhető

Hasmenés észlelhető / nem észlelhető

Bőrkiütés észlelhető / nem észlelhető

Sárgaság észlelhető / nem észlelhető

Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés  
észlelhető / nem észlelhető

Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás  
észlelhető / nem észlelhető

A gyermek tetű- és rühmentes igen / nem

Gyermekem ételallergiában, tartós betegségben NEM szenved, gyógyszert a tábor ideje alatt NEM kell szednie.

Gyermekem az alábbi tartós betegségben, ételallergiában szenved:

Hozzájárulok, hogy szükség esetén gyermekemet a tábor orvosa a tábor ideje alatt megvizsgálja.  
igen / nem

Vállalom, hogy gyermekemnél észlelt betegség esetén a táborvezető értesítését követően azonnal, saját költségemre érte megyek és elviszem a táborból.

Aláírással hozzájárulok, hogy a tábor során a gyermekemről készült fotókat és videofelvételeket a tábor szervezői kommunikációjukban felhasználják.

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

A nyilatkozatot kiállító neve: \_\_\_\_\_

lakcíme: \_\_\_\_\_

.....  
aláírás