

## SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

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

*Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy gyermekemen*

1. Táborozó neve: .....

2. Anyja neve: .....

3. Táborozó szül. ideje: .....

4. Táborozó lakcíme: .....

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

- |  |            |             |
|--|------------|-------------|
| 5.1. Láz:  | <u>nem</u> | igen        |
| 5.2. Torokfájás:   | <u>nem</u> | igen        |
| 5.3. Hányás:   | <u>nem</u> | igen        |
| 5.4. Hasmenés  | <u>nem</u> | igen        |
| 5.5. Bőrkiütés:  | <u>nem</u> | igen        |
| 5.6. Sárgaság:   | <u>nem</u> | igen        |
| 5.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés:        | <u>nem</u> | igen        |
| 5.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás: | <u>nem</u> | igen        |
| 5.9. 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 2022. évi táborozásához adtam ki.

Pécs, 2022.

.....  
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 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):**  
.....  
.....  
.....