

# SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

1. A gyermek neve:.....
2. A gyermek születési dátuma:.....
3. A gyermek lakcíme: .....
4. A gyermek anyjának neve:.....
5. A gyermek TAJ száma: .....

Alulírott nyilatkozom arról, hogy a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkütiés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

valamint nyilatkozom, hogy a gyermek tetű- és rühmentes.

Egyéb gyógyszer allergia: .....

Egyéb étel érzékenység (liszt, cukor, stb.): .....

Egyéb az egészségével kapcsolatos tudnivaló: .....

.....

A kiállító törvényes képviselő neve: .....

A kiállító lakcíme: .....

A kiállító telefonos elérhetősége:.....

Kelt: .....

.....

A kiállító aláírása