

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 gyermekem 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