

**SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSBAN RÉSZT VEVŐ
KISKORÚ GYERMEK EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGÁRÓL**

Tábor ideje: _____ -tól _____ - ig

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermequem (táborozó neve): _____

Anyja neve: _____

Táborozó születési ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

Táborozó TAJ száma: _____

Táborozó lakcíme: _____

NEM észlelhetők az alábbi tünetek:

- | | |
|---|---|
| nincs – láz ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) | nincs – köhögés |
| nincs – rossz közérzet | nincs – légszomj |
| nincs – ízületi fájdalom | nincs – felületes légzés |
| nincs – izomfájdalom | nincs - hányinger, hányás |
| nincs – hidegrázás | nincs - hasmenés |
| nincs – fejfájás | nincs - bőrkütés |
| nincs – fáradtság | nincs - sárgaság |
| nincs - torokfájás | nincs - egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés |
| nincs - váladékozó szembetegség, szempanasz, gennyes fül-, és orrfolyás | |
| valamint gyermekem tetű-, és rühmentes | |

Gyógyszer allergia: nincs van: _____

Állt-e bármilyen kórházi kezelés alatt az elmúlt 14 napban? igen nem

Kórelőzményi adatok:

- Szívbetegség Cukorbetegség Művesekezelés Krónikus tüdőbetegség
 VVT rendellenesség Legyengült immunrendszer Májbetegség Anyagcsere betegség
 Daganatos betegség Idegrendszeri betegség Vesebetegség Elhízás

Rövid leírás: _____

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

Neve: _____

Lakcíme: _____

Telefonszáma: +36 _____

Email címe: _____

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2023. évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt: _____, 2023. _____ hó _____ nap

nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása