



Szülői nyilatkozat táborozáshoz

Gyermek neve:	Gyermek születési dátuma:		
Gyermek lakcíme:	Gyermek édesanyjának neve: Törvényes képviselő neve:		
Gyermek TAJ száma:			
Gyermekemen észlelhetők-e az alábbi tünetek:	igen	nem	
láz			
torokfájás			
hányás			
hasmenés			
bőrkiütés			
sárgaság			
egyéb bőrelváltozás			
váladékozó szembetegség			
gennyes fül – és/vagy orrfolyás			
a gyermek tetű - és rühmentes			
krónikus betegség: szív tüdő, idegrendszer, cukorbetegség, epilepszia, asztma, egyéb	Mi a betegség?		
gyógyszerérzékenység	Mire?		
táplálék allergia	Mire?		
egyéb érzékenység	Mire?		
rendszeres gyógyszereszedés	Mit? Mennyit?		
4 héten belül a gyermek környezetében volt-e fertőző betegség?			
Kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekem betegségét nem titkoltam el.			

Budapest, 2023.

.....
aláírás