

SZÜLŐI NYILATKOZAT
(12/1991. (V.18.) NM rendelet alapján)

**a táborozásban résztvevő kiskorú gyermek
egészségügyi alkalmasságáról**

Gyermek neve:

Gyermek születési dátuma:

Gyermek lakcíme:

Gyermek édesanyjának neve:

Alulírott nyilatkozom arról, hogy

- gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

láz,

torokfájás,

hányás,

hasmenés,

bőrkkiütés,

sárgaság,

egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés,

váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás,

- gyermekem tetű- és rühmentes.

Tudomásul veszem, hogy gyermekem az erdőben kullancscsípésnek ki van téve, ezért a tábori napok után rendszeresen át kell vizsgálnom.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

lakcíme:

telefonos elérhetősége:

A nyilatkozat kiállításának dátuma*: 2025(hó).....(nap)

.....
törvényes képviselő aláírása

*** Kiállítandó a tábor kezdőnapja előtti 4 napon belül. A kitöltött nyilatkozatot a táborozás első napján a táborban kell leadni!**