

Velencei bentlakásos napközis tábor – adatlap

Táborozó neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Lakcíme: _____

Anyja neve: _____

TAJ száma: _____

Szülő(k) telefonszáma (rendkívüli esetben értesítendő személy elérhetősége): _____

Iskola: _____ Osztály: _____

Választott turnus időpontja (X)

(X)	Választott turnus időpontja	Tábor témája	(X)	Választott turnus időpontja	Tábor témája
	I. turnus (07.01-07.06.)	Kalandos, sárkánytor-túra tábor		III. turnus (07.15-07.20.)	Indián tábor
	II. turnus (07.08-07.13.)	Ókori Hellász tábor		IV. turnus (07.22-07.27.)	Hagyományörző tábor

A gyermekek faházakba helyezése nemek, iskola és életkor alapján kerülnek elhelyezésre.

Kérjük, sorolja fel azokat a tanulókat (turnusmegjelölés- név, iskola, osztály), amennyiben szeretné, hogy gyermeke osztálytárssal, baráttal legyen egy faházban. (Lehetőséghez képest, igyekszünk teljesíteni.)

Gyermezem a tábor által szervezett külsős **programokon** (strand, séta, fagyizás...) részt vehet. IGEN
NEM

Fontosabb információ a gyermekről: (pl. allergia, , gyógyszer,tartós betegség esetén kezelőorvos neve)

Gyermezem törvényes képviselőjében eljárva hozzájárul(ok/unk), hogy gyermekemről fénykép, -hang, vagy képfelvétel, videofelvétel készüljön a Székesfehérvári Napraforgó Napközis Tábor programjai során, valamint hozzájárulok, hogy gyermekemről a fent meghatározott felvételek megjelenjenek a tábor honlapján, közösségi oldalán, sajtóban. (Ptk. 2013. évi V. tv. 2.48 & (1) bekezdés)

IGEN NEM

Mint a gyermezem törvényes képviselője a jelentkezési feltételeket és a tábor házirendjét tudomásul veszem és elfogadom. A házirend be nem tartása esetén a gyerek eltanácsolható a táborból.

Kelt: _____

_____ szülő / törvényes képviselő aláírása

Egészségügyi nyilatkozat

Táborozó neve:

Születési helye, ideje:

Anyja neve:

Táborozó TAJ száma:

Iskola: Osztály:

Nyilatkozom arról, hogy a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

1. Láz
2. Torokfájás
3. Hányás
4. Hasmenés
5. Bőrkiütés
6. Sárgaság
7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
9. A gyermek tetű- és rühmentes.

Nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: _____

Kelt.:

Törvényes képviselő aláírása

Az egészségügyi nyilatkozat 6 hétig érvényes.

Kérjük, hogy a nyilatkozatot a tábor megkezdését megelőzően **legfeljebb 72 órával** korábban töltsék ki.
(Hétfői táborkezdesnél pénteki vagy későbbi legyen a nyilatkozat.)