

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.)