**SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ**

Tábor ideje: 2024. augusztus 26-tól 2024. augusztus 30-ig

**Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozást megelőző négy napon belül, de legkésőbb a táborozás kezdőnapján kell átadni a tábort szervezőnek, táborvezetőnek.**

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermekem (táborozó neve): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Táborozó születési ideje: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_év\_\_\_\_\_\_\_hónap\_\_\_\_\_\_nap

Táborozó lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_ir.szám\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_település\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca, út, stb)\_\_\_\_\_házszám

**Nem észlelhetők az alábbi tünetek:**

* nincs -torokfájás,
* nincs -hányás,
* nincs -hasmenés,
* nincs -bőrkiütés,
* nincs -sárgaság,
* nincs -egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
* nincs -váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás valamint gyermekem tetű-, és rühmentes

Gyógyszer allergia:

* nincs
* van: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:

 \_\_\_\_\_\_\_\_ir.szám\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_település\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca, út, stb)\_\_\_\_\_házszám

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jelen nyilatkozatot gyermekem 20\_\_\_. évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,20  . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó\_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása