**SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ**

Tábor ideje: 2025. július 28-tól augusztus 1-ig

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

|  |  |
| --- | --- |
| Gyermekem/Táborozó neve |  |
| Anyja neve |  |
| Táborozó születési ideje |  |
| Táborozó lakcíme |  |

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy gyermekem esetében

**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 ( kérem bekarikázni a választ, megadni a kért információt)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve |  |
| A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme |  |
| A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma |  |

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2025. július 28-tól augusztus 1-ig megrendezésre kerülő táborozásához adtam ki.

Kelt.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,2025. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó\_\_\_\_\_ nap

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

nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása