

SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

Tábor ideje: 20____. _____ hó _____ - _____ - ig.

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

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermekem /táborozó neve/: _____

Anyja neve: _____

születési ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

lakcíme: _____ ir.szám _____ település

_____ (utca, út, stb) _____ házszám

Gyermekemen észlelhetők az alábbi tünetek:

torokfájás, sárgaság,

hányás, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, bőркиütés,

hasmenés, váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás,

valamint gyermekem tetű- és rühmentes.

Gyógyszer allergiája: nincs

van: _____

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: _____

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