

## SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

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

Tábor ideje: 2024. \_\_\_\_\_-től \_\_\_\_\_-ig

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermekem (táborozó neve): \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Táborozó születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Táborozó lakcíme: \_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ település \_\_\_\_\_ (utca, út) \_\_\_\_\_ házsám

**egészséges, és nem észlelhetők az alábbi tünetek:**

- nincs -torokfájás,  nincs -láz,  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) \_\_\_\_\_ házsám

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

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2024. évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt.: Debrecen, 2024. \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_ . nap

\_\_\_\_\_  
nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása