

# Egészségügyi nyilatkozat

## Táborozó adatai

Neve: .....

Születési dátuma: .....

Lakcíme: .....

Édesanyja neve: .....

## A Szülő, Törvényes képviselő adatai:

Neve: .....

Lakcíme: .....

Elérhetősége: .....

**A Szülő, Törvényes képviselő nyilatkozik arról, hogy a táborozón nem észlelhetőek az alábbi tünetek:**

- Láz
- Torokfájás
- Hányás
- Hasmenés
- Bőrkiütés
- Sárgaság
- Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
- Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
- A gyermek tetű- és rühmentes

***Figyelem: az egészségügyi nyilatkozat hiánya, vagy a kitöltött nyilatkozaton tett valótlan állítás a táborból való azonnali kizárást vonja maga után, amely esetben visszatérésre nincs lehetőség!***

Budapest, ..... (a tábor első napja)

.....  
Szülő, Törvényes képviselő aláírása