

## NYILATKOZAT

### egészségügyi alkalmasságról táborozáshoz 18 éven aluliak számára

1. A gyermek neve (nyomtatott betűvel):.....
2. A gyermek születési dátuma:.....
3. A gyermek lakcíme: .....
4. TAJ szám: .....
5. A gyermek anyjának neve: .....

6. Alulírott nyilatkozom arról, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:  
*láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.*

7. A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő  
neve (nyomtatott betűvel): .....

lakcíme: .....

telefonos elérhetősége: .....

8. A nyilatkozat kiállításának dátuma:

....., 2023.....hó.....nap

Törvényes képviselő aláírása:.....