

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, bőrkiütés, 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:

....., 2024.....hó.....nap

Törvényes képviselő aláírása:.....