

## SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

Tábor ideje: \_\_\_\_\_ -tól \_\_\_\_\_ - ig

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

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermekem (táborozó neve): \_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_  
Táborozó születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Táborozó lakcíme:

\_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ település \_\_\_\_\_ (utca, út, stb) \_\_\_\_\_ házszám

### Az alábbi tünetekről nyilatkozom:

- nincs -torokfájás,                       nincs -láz                       nincs -hányás,                       nincs- száraz köhögés,  
 nincs -hasmenés,                       nincs -hányás,                       nincs -bőrkiütés,  
 nincs -sárgaság,                       nincs -egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés  
 nincs -váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás  
 valamint gyermekem tetű-, és rühmentes  
 Gyermekem nem érintkezett az elmúlt 2 hétben diagnosztizált koronavírusos beteggel.

Gyógyszer allergia:  nincs     van: \_\_\_\_\_

### Nyilatkozom, hogy gyermekem egészséges, tünetmentes, közösségbe mehet.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő 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.: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

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