**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:

, 2023 hó.....................nap

Törvényes képviselő aláírása: