

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 észlelhetők 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:
8. A nyilatkozat kiállításának dátuma:
-, 2024.....hó.....nap
- Törvényes képviselő aláírása:.....