**Szülői nyilatkozat táborozáshoz**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gyermek neve: | | | | |
| Gyermek születési helye, ideje: | | | | |
| Gyermek lakcíme: | | | | |
| Gyermek TAJ száma: | | | | |
| Szülő/gondviselő neve | | | | |
| Gyermekemen észlelhetők-e az alábbi tünetek: | | | igen | nem |
| láz | | |  |  |
| torokfájás | | |  |  |
| hányás | | |  |  |
| hasmenés | | |  |  |
| bőrkiütés | | |  |  |
| sárgaság | | |  |  |
| egyéb bőrelváltozás | | |  |  |
| váladékozó szembetegség | | |  |  |
| gennyes fül – és/vagy orrfolyás | | |  |  |
| a gyermek tetű - és rühmentes | | |  |  |
| krónikus betegség: szív tüdő, idegrendszer, cukorbetegség, epilepszia, asztma, egyéb | Mi a betegség? | | |  |
| gyógyszerérzékenység | Mire? | | |  |
| táplálék allergia | Mire? | | |  |
| egyéb érzékenység | Mire? | | |  |
| rendszeres gyógyszerszedés | Mit?  Mennyit? | | |  |
| 4 héten belül a gyermek környezetében volt-e fertőző betegség? | |  | |  |
| Kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekem betegségét nem titkoltam el. | | | | |

Budapest, 2024. …………………………

……………………………………….

aláírás