EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

A gyermek neve: …….

A gyermek születési dátuma: …….

A gyermek TAJ száma: …….

A gyermek lakcíme: …….

A gyermek anyjának neve: …….

A szülők elérhetőségei (név, telefon, e.mail):

…….

…….

…….

Nyilatkozom arról, hogy a gyermeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:
láz; torokfájás; hányás; hasmenés, bőrkiütés; sárgaság; egyéb súlyosabb bőrelváltozás; bőrgennyesedés; váladékozó szembetegség; gennyes fül-és orrfolyás.
A gyermek tetű-és rühmentes.

A gyermek kapott agyhártyagyulladás elleni oltást. IGEN NEM

A gyermek allergiás: …….

A gyermek a következő gyógyszereket szedi (adagolás):

…….

…….

A gyermek egészségügyi problémája:

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

…….

Dátum: (a tábor megkezdése előtt maximum 4 nappal)

…….
szülő aláírása