



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 gyermekeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

láz; torokfájás; hányás; hasmenés, bőrkürités; 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