**Egészségügyi szülői nyilatkozat táborozáshoz**

|  |  |
| --- | --- |
| Gyermek neve: | Gyermek születési dátuma: |
| Törvényes képviselő telefonszáma, melyen napközben értesíthető: |
| Gyermek TAJ száma: |
| A gyermekemen észlelhetőek az alábbi tünetek (kérjük a megfelelőt aláhúzni) az elmúlt 3 napban: |
| láz | igen | nem |
| torokfájás | igen | nem |
| hányás | igen | nem |
| hasmenés | igen | nem |
| bőrkiütés | igen | nem |
| sárgaság | igen  | nem |
| egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés | igen | nem |
| váladékozó szembetegség | igen | nem |
| gennyes fül-és orrfolyás | igen | nem |
| a gyermeknek van-e rühe, tetűje, poloskája | igen | nem |
| krónikus betegség | szív, tüdő, idegrendszeri, cukorbetegség, epilepszia, aszthma, egyéb……………………. |
| gyógyszerérzékenység | igen Mire?: | nem |
| táplálék allergia | igen Mire?: | nem |
| Betadine allergia | igen | nem |
| egyéb érzékenység | igen Mire?: | nem |
| rendszeresen szed-e gyógyszert? | IgenMit és mennyit? | nem |
| 4 héten belül a gyermek környezetében, családjában, bármely közösségben, ahova a gyerek jár, fertőző betegség előfordult igen nem |
| Kijelentem, hogy az adatok a valóságnak megfelelnek, gyermekemnek eltitkolt betegsége nincs. |
| **Kérjük a hiánytalan, pontos kitöltést! A nyilatkozatot minden hétfőn kötelező eredeti példányban leadni!** |

Dátum:…………………………………………...............................(a tábor megkezdése előtti nap!)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

törvényes képviselő aláírása