

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, bőrküütés, 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:

telefonos elérhetősége:

8. A nyilatkozat kiállításának dátuma:

....., 2026.....hó.....nap

Törvényes képviselő aláírása:.....