**Szülői egészségügyi nyilatkozat táborozáshoz 2020**

**Tábor ideje: 2020. JÚLIUS 13-17-IG**

1. A gyermek neve:………………………………………………………………….
2. A gyermek születési dátuma: …………………………………………………….
3. A gyermek lakcíme: ………………………………………………………………
4. A gyermek anyjának neve: ……………………………………………………….
5. A gyermek TAJ száma:……………………………………………………………

Alulírott 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 valamint nyilatkozom, hogy a gyermek tetű- és rühmentes.

Egyéb gyógyszer allergia:.…………………………..……………………………..............

Egyéb étel érzékenység (liszt, cukor etc.):………………………………..………………..

Egyéb az egészségével kapcsolatos tudnivaló:……………………….………………….…

A kiállító törvényes képviselő neve:……………………………………………………….

A kiállító lakcíme:………………………………………………………………………….

A kiállító telefonos elérhetősége:…………………………………………………………..

2020, ..………….………hónap …………nap

 ………………………………………

 A kiállító aláírása