

SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

Tábor ideje: 20 _____ -tól _____ - ig

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermelem (táborozó neve): _____ Anyja neve: _____

Táborozó születési helye, ideje: _____ év _____ hónap _____ nap

Táborozó lakcíme:

_____ ir.szám _____ település _____ (utca, út, stb) _____ házszám

nem észlelhetők az alábbi tünetek:

- ☐ nincs -torokfájás,
- ☐ nincs -hányás,
- ☐ nincs -hasmenés,
- ☐ nincs -bőrkkiütés,
- ☐ nincs -láz,
- ☐ nincs -egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- ☐ nincs -váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás

Gyógyszer allergia: ☐ nincs ☐ van: _____

Étel allergia: ☐ nincs ☐ van: _____

Úszástudás: kezdő haladó

A nyilatkozatot kiállító szülő lakcíme:

_____ ir.szám _____ település _____ (utca, út, stb) _____ házszám

e-mail: _____

A nyilatkozatot kiállító szülő telefonszáma (ahol a szülő napközben biztosan elérhető):

+36 _____

Kérem, jelölje meg azokat a személyeket, akik a táborból hazavihetik gyermekét:

Jelen nyilatkozatot gyermelem 20 _____ évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt.: Gyomaendrőd, 20 _____ hó _____ nap

nyilatkozatot kiállító szülő aláírása