



HATÁRTALANUL

A MINISZTERELNÖKSÉG NEMZETPOLITIKAI ÁLLAMTITKÁRSÁGÁNAK PROGRAMJA

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

A gyermek neve:

A gyermek születési dátuma: év hónap nap

Anyja neve:

A gyermek lakcíme:

Szülő/törvényes képviselő/nevelőszülő neve:

Szülő/törvényes képviselő értesítendő hozzátartozó mobiltelefonszáma:

.....

Nyilatkozom arról, hogy a gyermek egészségi állapota lehetővé teszi a táborozáson való részvételt, a gyermekem nem észlelhető az alábbi tünetek:

Láz; torokfájás; hányás; hasmenés; bőrkürités; sárgaság; egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés; váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

Nyilatkozom továbbá, hogy a gyermek tetű- és rühmentes.

Nyilatkozom továbbá, hogy a gyermekem nem szenvedett az elmúlt tíz napban járványos megbetegedést okozó fertőzésben és jelenleg sincsen ilyen megbetegedésre utaló tünete, továbbá kijelentem, hogy az elmúlt tíz napban nem érintkezett olyan személlyel, aki járványfertőzéssel érintett.

NYILATKOZAT

a gyermek hazaszállításáról

Tudomásul veszem továbbá, hogy gyermekemet a táborozás alatt haza kell szállítanom, ha:

- engedély nélkül elhagyja a tábor területét,
- magatartásával akadályozza a tábori életet, nem tartja be a Házirendet
- megbetegszik, baleset éri és amennyiben ez lehetetlenné teszi a táborozás folytatását. Ebben az esetben elsősorban a kísérők által megtörténik az értesítendő hozzátartozó értesítése.

Kelt:, 2024. hónapján.

.....

Aláírás

.....

(név nyomtatott betűvel)
Szülő/törvényes képviselő