NYILATKOZAT

Nyári táborban való részvételhez

2017.július 31- augusztus 04-ig

|  |  |
| --- | --- |
| A gyermek neve |  |
| A gyermek születési dátuma |  |
| A gyermek tajszáma |  |
| A gyermek lakcíme |  |
| A gyermek anyjának lánykori neve |  |

Alulírott szülő Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen az alábbi tünetek

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Tünet megnevezése | Észlelhető | NEM Észlelhető |
| 1. | Láz |  |  |
| 2. | Torokfájás |  |  |
| 3. | Hányás |  |  |
| 4. | Hasmenés |  |  |
| 5. | Bőrkiütés |  |  |
| 6. | Sárgaság |  |  |
| 7. | Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés |  |  |
| 8. | Váladékozó szembetegség, gennyes fül-és orrfolyás |  |  |
| 9. | A gyermek tetű-és rühmentes |  |  |

Dátum:……………….2017…………………

|  |  |
| --- | --- |
| Törvényes képviselő neve: |  |
| Törvényes képviselő lakcíme: |  |
| Törvényes képviselő telefonos elérhetősége |  |

 …………………………….

 Törvényes képviselő aláírása