

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Szülő, gondviselő tölti ki a tábor kezdete előtt **nem több, mint négy nappal**.

A táborkezdéskor át kell adni a tábor vezetőjének!

A nyilatkozatot a táborozás ideje alatt a tábor helyszínén kell tartani!

A gyermek

NEVE: _____

SZÜLETÉSI HELYE, DÁTUMA: _____, _____

TAJ SZÁMA: _____

LAKCÍME: _____

ANYJA NEVE: _____

Alulírott, fent nevezett gyermek szülője, gondviselője nyilatkozom arról, hogy a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, a gyermek tetű- és rühmentes.

GYÓGYSZERALLERGIÁJA:

EGYÉB ALLERGIÁJA (élelmiszer, pollen, stb...):

A GYERMEKNEK A TÁBOR FOLYAMÁN AZ ALÁBBI GYÓGYSZER(EKE)T KELL SZEDNIE:

Gyógyszer megnevezése	Rendszeresség	Adagolás

EZEKET SZÁMÁRA A TÁBOR IDEJÉRE BIZTOSÍTOM.

Gyermekem a gyógyszert önmagának adagolhatja

Kérem, hogy gyermekem a gyógyszert, vezetőitől kapja meg

TETANUSZ OLTÁST KAPOTT? Nem Igen OLTÁS IDEJE:

EGYÉB KÖZLENDŐ:

Szülő, gondviselő

NEVE: _____

LAKCÍME: _____

TELEFONOS ELÉRHETŐSÉGE: _____

Kelt: Maglód, 2020. _____ . _____ .

szülő, gondviselő aláírása