

### **SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ**

*Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozás kezdő napján kell átadni a táborvezetőnek!*

1. Táborozó neve:.....

2. Anyja neve: .....

3. Táborozó szül. ideje: .....

4. Táborozó lakcíme: .....

**5. Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen észlelhetők az alábbi tünetek:**

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 5.1.1. Láz:  | <u>nem</u> igen |
| 5.1.2. Torokfájás:   | <u>nem</u> igen |
| 5.1.3. Hányás:   | <u>nem</u> igen |
| 5.1.4. Hasmenés:   | <u>nem</u> igen |
| 5.1.5. Bőrkiütés:  | <u>nem</u> igen |
| 5.1.6. Sárgaság:   | <u>nem</u> igen |
| 5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés:        | <u>nem</u> igen |
| 5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás: | <u>nem</u> igen |
| 5.2. A gyermek tetű- és rühmentes:                         | nem <u>igen</u> |

A nyilatkozatot kiállító  
törvényes képviselő neve: .....

A nyilatkozatot kiállító  
törvényes képviselő lakcíme: .....

A nyilatkozatot kiállító  
törvényes képviselő telefonszáma: .....

Jelen nyilatkozatot a gyermekem Balatonfenyves-alsó táborban történő 2025. évi táborozásához adtam ki.

Pécs, 2026.

.....  
nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása

### **ADATOK**

Táborozó neve:..... osztálya: .....

TAJ száma:.....

Háziorvosának neve:.....

Telefonszáma:.....

Diákigazolvány száma: .....

Szülő neve: .....

címe:.....

tel: ..... (ahol a tábor ideje alatt elérhető)

**A táborozó krónikus betegsége, allergiája (Ha diétás étkezés szükséges, orvosi igazolás kell hozzá!):**

.....

**Állandóan szedett gyógyszer és adagja:**

.....

.....

**egyéb** (pl.:kérés: ki, kivel szeretne együtt lenni szobában/sátorban... stb., nem velünk utazik):

.....

.....