**Egészségügyi nyilatkozat táborozáshoz 2025.**

 ***(Indulás előtti napon töltendő ki!)* (Kinyomtatva kérjük elhozni induláskor!)**

**Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy gyermekem**

**neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**anyja neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**születési ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**lakcíme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TAJ száma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

**A gyermeken az alábbi tünetek nem észlelhetők:** hányás, hasmenés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. Gyermekem tetű- és rühmentes, semmilyen fertőző betegsége nincs.

Dátum: Szülő neve:

Aláírás: Telefon: