|  |
| --- |
|  |
| Kisfüge Mozgás – és Fejlesztőstúdió  2112 Veresegyház, Jókai utca 1.  **+36-20/536-0722; +36-70/440-4585**  **kisfugestudio@gmail.com**  www.kisfuge.hu |

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ

(kérjük kitöltve és kinyomtatva az első nap reggelén a fogadó tanárnak átadni szíveskedjen)

Tábor neve és ideje:

Gyermek neve, szül. hely és ideje:

Gyermek lakcíme:

Anyja neve:

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetők a következő tünetek: láz, torokfájás,

hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, váladékozó

szembetegség, gennyes fül-és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

Gyermekére vonatkozóan a megfelelő választ húzza alá - ’van’ válasz esetén, adja

meg a konkrét adatot is:

Gyógyszerallergia: nincs - van:

Ételallergia: nincs - van:

Környezeti tényezőkre allergia: nincs - van:

Egyéb fontos információ a gyermek egészségi állapotáról, szokásairól:



Kisfüge Mozgás – és Fejlesztőstúdió

2112 Veresegyház, Jókai utca 1.

**+36-20/536-0722; +36-70/440-4585**

**kisfugestudio@gmail.com**

www.kisfuge.hu

A nyilatkozatot kiállító szülőn kívül az alábbi személyek jogosultak a gyermek hazavitelére:

Gyermekem az én felelősségemre …………………… órakor rendszeresen egyedül mehet haza a táborból.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben gyermekem viselkedésével súlyosan zavarja a közösségi programokat, ill. társai testi épségét többszöri figyelmeztetés ellenére is veszélyezteti, a táborból kizárható. A gyermekem által okozott anyagi károkat megtérítem.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:

Lakcíme:

Telefonszáma:

E-mail címe:

Veresegyház, 2020. ………………………… …………………………………………………………

Szülő aláírása