**SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ**

Tábor ideje, helye: 2024 ……….. - ………..., 7400 Kaposvár Guba Sándor utca 40. Mezgaz Technikum

**Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozást megelőző három napon belül, de legkésőbb a tábor kezdőnapján kell átadni a táborvezetőnek.**

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermek neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

születési ideje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_év\_\_\_\_\_\_\_hónap\_\_\_\_\_\_nap

lakcíme:

\_\_\_\_\_\_\_\_ir.szám\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_település\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca, út, stb)\_\_\_\_\_házszám

**Gyermekemen nem észlelhetők az alábbi tünetek:**

 nincs -torokfájás, nincs -hányás,

 nincs -hasmenés, nincs -bőrkiütés,

 nincs -sárgaság, nincs -egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés

 nincs -váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás

 nincs- láz  nincs- rüh vagy tetű

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 gyermeke egészségi állapotáról, szokásairól:

.........................................................................................................................................

.........................................................................................................................................

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:

\_\_\_\_\_\_\_\_ir.szám\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_település\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca, út, stb)\_\_\_\_\_házszám

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

Kelt.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,2024. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó\_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása