

NYILATKOZAT /2. számú melléklet/

A nyilatkozatot tevő törvényes képviselő:

Neve:

Lakcíme:

Telefonos elérhetősége:

1. A gyermek neve

2. A gyermek születési dátuma

3. A gyermek lakcíme

4. A gyermek anyjának neve

5. Nyilatkozat arról, hogy a gyermekben az alábbi tünetek észlelhetőek (a valóságnak megfelelő választ kérjük bekarikázni)

5.1.1. Láz	IGEN	NEM
5.1.2. Torokfájás	IGEN	NEM
5.1.3. Hányás	IGEN	NEM
5.1.4. Hasmenés	IGEN	NEM
5.1.5. Bőrkiütés	IGEN	NEM
5.1.6. Sárgaság	IGEN	NEM
5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés	IGEN	NEM
5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás	IGEN	NEM
5.2. a gyermek tetű- és rühmentes	IGEN	NEM

Fent nevezett törvényes képviselő aláírással igazolom, hogy a nyilatkozatomban megadott adatok a valóságnak mindenben megfelelnek!

*Dátum:.....

.....
törvényes képviselő aláírása

* Az aláírás dátuma nem lehet régebbi, mint a táborozás megkezdésének időpontját megelőző 4 nap!