

## Szülői nyilatkozat<sup>1</sup>

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve, címe: \_\_\_\_\_  
Telefonszáma: \_\_\_\_\_  
Gyermek neve: \_\_\_\_\_  
Gyermek születési ideje: \_\_\_\_\_  
Gyermek lakcíme: \_\_\_\_\_  
Anyja neve: \_\_\_\_\_

Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen

Láz	észlelhető / nem észlelhető
Torokfájás	észlelhető / nem észlelhető
Hányás	észlelhető / nem észlelhető
Hasmenés	észlelhető / nem észlelhető
Bőrkiütés	észlelhető / nem észlelhető
Sárgaság	észlelhető / nem észlelhető

Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés	észlelhető / nem észlelhető
Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orr folyás	észlelhető / nem észlelhető
A gyermek tetű- és rühmentes	igen / nem

Gyermekem ételallergiában, tartós betegségben NEM szenved, gyógyszert a tábor ideje alatt NEM kell szednie.

Gyermekem az alábbi tartós betegségben, ételallergiában szenved:

\_\_\_\_\_  
Hozzájárulok ahhoz, hogy szükség esetén gyermekemet sürgősségi orvos a tábor ideje alatt megvizsgálja. igen / nem

Vállalom, hogy gyermekemnél észlelt betegség esetén a táborvezető értesítését követően azonnal, saját költségemre érte megyek és elviszem a táborból.

Logiscool tábor időpontja: \_\_\_\_\_

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2019. évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki. Hozzájárulok, hogy gyermekem részt vegyen a Logiscool Nyári Táborban.

\_\_\_\_\_, 2019. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Törvényes képviselő aláírása

<sup>1</sup> A nyilatkozat a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről szóló 12/1991. (V.18.) NM rendelet 4.§ (2) és (2a) bekezdései alapján kerül kitöltésre.