**Egészségügyi nyilatkozat**

Táborozó neve:

Születési helye, ideje:

Anyja neve:

Táborozó TAJ száma:

Értesítendő szülő neve, elérhetősége:

Iskola: Osztály: …..…

**Nyilatkozom arról, hogy a gyermeken NEM észlelhetőek az alábbi tünetek:**

1. Láz
2. Torokfájás
3. Hányás
4. Hasmenés
5. Bőrkiütés
6. Sárgaság
7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
9. A gyermek tetű- és rühmentes.

**Nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Kelt.:2021. ………………………

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

**Az egészségügyi nyilatkozat 8 hétig érvényes.**

Kérjük, hogy a nyilatkozatot a tábor megkezdését megelőzően **legfeljebb 72 órával** korábban töltsék ki. (Hétfői táborkezdésnél pénteki vagy későbbi legyen a nyilatkozat.)