



EGÉSZSÉGÜGYI
NYILATKOZAT

A TÁBOROZÁSBAN VALÓ RÉSZVÉTELHEZ
(a 12/1991. (V. 18.) NM rendelet 4. § (2) bekezdése alapján)

A **táborozó** neve:

születési dátuma:

lakcíme:

anyja neve:

TAJ száma:

Alulírott nyilatkozom arról, hogy a táborozón nem észlelhetőek az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A táborozó tetű- és rühmentes.

Egyéb megjegyzés (allergia, érzékenység, rendszeres gyógyszeresedés, krónikus betegség stb.):

A **törvényes képviselő** (18 éven felülieknek a szükség esetén értesítendő személy)

neve:

telefonszáma:

lakcíme:

Kelt:

(max. 4 nappal a tábor előtt!)

.....
törvényes képviselő,
vagy 18 éven felüli táborozó
aláírása



EGÉSZSÉGÜGYI
NYILATKOZAT

A TÁBOROZÁSBAN VALÓ RÉSZVÉTELHEZ
(a 12/1991. (V. 18.) NM rendelet 4. § (2) bekezdése alapján)

A **táborozó** neve:

születési dátuma:

lakcíme:

anyja neve:

TAJ száma:

Alulírott nyilatkozom arról, hogy a táborozón nem észlelhetőek az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A táborozó tetű- és rühmentes.

Egyéb megjegyzés (allergia, érzékenység, rendszeres gyógyszeresedés, krónikus betegség stb.):

A **törvényes képviselő** (18 éven felülieknek a szükség esetén értesítendő személy)

neve:

telefonszáma:

lakcíme:

Kelt:

(max. 4 nappal a tábor előtt!)

.....
törvényes képviselő,
vagy 18 éven felüli táborozó
aláírása



EGÉSZSÉGÜGYI
NYILATKOZAT

A TÁBOROZÁSBAN VALÓ RÉSZVÉTELHEZ
(a 12/1991. (V. 18.) NM rendelet 4. § (2) bekezdése alapján)

A **táborozó** neve:

születési dátuma:

lakcíme:

anyja neve:

TAJ száma:

Alulírott nyilatkozom arról, hogy a táborozón nem észlelhetőek az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A táborozó tetű- és rühmentes.

Egyéb megjegyzés (allergia, érzékenység, rendszeres gyógyszeresedés, krónikus betegség stb.):

A **törvényes képviselő** (18 éven felülieknek a szükség esetén értesítendő személy)

neve:

telefonszáma:

lakcíme:

Kelt:

(max. 4 nappal a tábor előtt!)

.....
törvényes képviselő,
vagy 18 éven felüli táborozó
aláírása