



Tábor ideje:

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozást megelőző négy napon belül, de legkésőbb a táborozás kezdőnapján kell átadni a tábort szervezőnek, táborvezetőnek

Jelen nyilatkozat kitöltésével nyilatkozom, hogy nem észlelhetőek az alábbi tünetek

<input type="checkbox"/>	nincs	torokfájás,
<input type="checkbox"/>	nincs	hányás,
<input type="checkbox"/>	nincs	hasmenés,
<input type="checkbox"/>	nincs	bőrkütiés,
<input type="checkbox"/>	nincs	sárgaság,
<input type="checkbox"/>	nincs	egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
<input type="checkbox"/>	nincs	váladákozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás

valamint tetű- és rühmentes vagyok.

Táborozó neve:

Anyja neve: Táborozó születési ideje év hónap nap

Táborozó lakcíme:

Gyógyszer allergia: nincs van:

Sportorvosi versenyengedélye: van; nincs (tájékoztató jellegű)

Telefonszám +36

Kelt.: , 2021. -n

nyilatkozó aláírása