

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 észlelhetők az alábbi tünetek

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

valamint tetű- és rühmentes vagyok.

Táborozó neve: Anyja neve: Táborozó születési ideje év hónap napTáborozó lakcíme: Gyógyszer allergia: van: Sportorvosi versenyengedélye: van; nincs (tájékoztató jellegű)Telefonszám +36 Kelt.: , 2014. -n

nyilatkozó aláírása