**EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT**

nyári napközbeni ellátáshoz a gyermek egészségi állapotáról

*A gyermek neve*:………………………………………………………………………………...

*Iskola neve: ……………………………………………………………………………………...............*

*A gyermek születési dátuma*:……………………………………………………………………

*A gyermek lakcíme*:……………………………………………………………………………..

*A gyermek TAJ-száma:……………………………………………………………………………………*

*A gyermek anyjának neve*: ………………*…*……………………………………………………

*Allergia/glutén/laktóz/gyógyszer érzékenység*:………………………………………………….

Alulírott szülő/törvényes képviselő nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

Láz Sárgaság

Torokfájás Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés.

Hányás Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás.

Hasmenés A gyermek tetű- és rühmentes.

Bőrkiütés

*Szülő/törvényes képviselő neve*:……………………………………………………………..

*Lakcíme*: …………………………………………………………………………….………..

*Telefonos elérhetőség*:…………………………………………………………………………

Zalaegerszeg, 2024. ……………….. hó …….. nap

………………………………………………..

szülő/törvényes képviselő aláírása

**Kérem, hogy jelen nyilatkozatot a gyermek a tábor megkezdése napján hozza magával. A tábor megkezdését megelőző 4 napnál régebbi nyilatkozatokat nem áll módunkban elfogadni.**