

## JELENTKEZÉSI LAP

NYILATKOZAT A GYERMEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL SZÁLLÁSHELYEN, SZERVEZETT ÜDÜLÉSEN, TÁBOROZÁSON VALÓ RÉSZVÉTELI ALKALMASSÁGA MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

### A nyilatkozó adatai

*A nyilatkozó minden esetben a gyermek törvényes képviselője (szülő, gyám, gondnok).*

Neve:					Leánykori neve:		
Születési ideje:		év		hó		nap	Anyja neve:
Állandó lakcíme:							
Tartózkodási helye:							
Telefonos elérhetősége:	ország: +		körzet:		telefonszám:		

### A gyermek adatai

Neve:					TAJ száma:		
Születési ideje:		év		hó		nap	Anyja neve:
Állandó lakcíme:							
Tartózkodási helye:							

### Fent nevezett nyilatkozó, nyilatkozik arról, hogy fent nevezett gyermek esetében az alábbi tünetek nem voltak észlelhetőek a nyilatkozattételt megelőző közvetlen időszakban.

*Kérjük azon sorok előtti jelölőnégyzetekbe tegyen „X”-et, amelyek sorok állítása igaz.*

<input type="checkbox"/>	A gyermek a nyilatkozattételt megelőző közvetlen időszakban nem volt <b>láz</b> as.
<input type="checkbox"/>	A gyermek a nyilatkozattételt megelőző közvetlen időszakban nem volt észlelhető a <b>torokfájás</b> egyetlen tünete sem.
<input type="checkbox"/>	A gyermek a nyilatkozattételt megelőző időszakban nem volt tapasztalható <b>hányás</b> , vagy <b>hányinger</b> .
<input type="checkbox"/>	A gyermek a nyilatkozattételt megelőző közvetlen időszakban nem volt tapasztalható <b>hasmenés</b> .
<input type="checkbox"/>	A gyermek a nyilatkozattételt megelőző közvetlen időszakban nem volt tapasztalható <b>bőrkiütés</b> .
<input type="checkbox"/>	A gyermek a nyilatkozattételt megelőző közvetlen időszakban nem volt tapasztalható <b>sárgaság</b> .
<input type="checkbox"/>	A gyermek a nyilatkozattételt megelőző közvetlen időszakban nem volt tapasztalható <b>egyéb súlyosabb bőrelváltozás, gennyesedés</b> .
<input type="checkbox"/>	A gyermek a nyilatkozattételt megelőző közvetlen időszakban nem volt tapasztalható <b>váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás</b> .
<input type="checkbox"/>	A gyermeke <b>tetű- és rühmentes</b> .

### Egyéb ismert allergiák, betegségek, gyógyszerkezelt tudnivalók a gyermekkel kapcsolatban

Ismert allergia, érzékenység, intolerancia a gyermek esetében :	<input type="checkbox"/> van	<input type="checkbox"/> nincs
A gyermeknek tartós, krónikus, rendszeresen visszatérő betegsége:	<input type="checkbox"/> van	<input type="checkbox"/> nincs
A gyermek rendszeres, a tábor idejét is érintő gyógyszerkezelti kötelessége:	<input type="checkbox"/> van	<input type="checkbox"/> nincs

A mennyiben ismert allergia, érzékenység fennáll, kérjük nevezze meg azt vagy azokat, illetve ismert gyógymód esetén az alkalmazandó kezelést is. Amennyiben a gyermeknek tartós, krónikus, vagy rendszeresen visszatérő betegsége ismert, nevezze meg azt, vagy azokat, illetve a megszokott, alkalmazandó kezelést is. Amennyiben a gyermeknek a tábor ideje alatt rendszeres gyógyszerkezelti kötelessége van, nevezze meg a gyógyszer pontos típusát (hatóanyag tartalommal együtt), a szedés gyakoriságát és rendjét.

Tábor neve:

Bankszámlaszámunk: RAIFFEISEN BANK ZRT.

12001008-01510895-00100006

(utalás előtt mindenképpen egyeztessen a tábor szervezőjével!)

Tábor időpontja:

### A nyilatkozat kitöltésének helye és ideje

### Az nyilatkozó (szülő, gyám, gondnok) aláírása:

helye:

ideje:

 év  hó  nap

A nyilatkozat megfelel a „19/2012. (III. 28.) NEFMI rendelet” által 2012.03.30-án módosított „A tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről szóló 12/1991. (V. 18.) NM rendelet” hatályos előírásainak. A nyilatkozatot a táborozás megkezdése előtt maximum négy nappal, a gyermek törvényes képviselőjének kell kitöltenie. A kitöltött nyilatkozatot legkésőbb a táborozás megkezdésekor a tábor szervezőjének át kell adni.