



## NAPKÖZIS TÁBOR EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

### I. A nyilatkozatot kitöltő szülő / gondviselő adatai, elérhetősége:

Név:.....Telefonszám:.....

E-mail cím:.....

### II. Gyermek adatai:

Név:.....Születési adatok:.....

Lakcím :.....

### III. Nyilatkozat arról, hogy a gyermekem nem észlelhető az alábbi tünetek

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Láz                           | <input type="checkbox"/> Bőrkiütés                                |
| <input type="checkbox"/> Torokfájás                    | <input type="checkbox"/> Sárgaság                                 |
| <input type="checkbox"/> Hányás                        | <input type="checkbox"/> Egyéb súlyos bőrelváltozás, bőrgennyedés |
| <input type="checkbox"/> Hasmenés                      | <input type="checkbox"/> Váladékozó szembetegség                  |
| <input type="checkbox"/> Fejtetű vagy rüh fertőzöttség | <input type="checkbox"/> Gennyes fül- és orrfolyás                |

Egészségügyi közlendők (tartós megbetegedések, allergiás reakciók) pontosítása, kifejtése:

.....

.....

.....

202\_.....

.....

Szülő / gondviselő

(A szervező a fenti adatokat nem adja ki harmadik fél részére és az adatkezelés lezártaival törli azokat.)

