**Szülői nyilatkozat**

**Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozás kezdőnapján kell átadni a tábort**

**szervezőnek, táborvezetőnek, kitöltése a tábor előtt 0-4 nappal szükséges.**

**A tábor ideje: 2020. ............................**

A gyermek neve:……………………………………………………………

A gyermek születési dátuma:……………………………………………….

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

A gyermek TAJ száma:……………………………………………………..

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

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy a gyermeken nem észlelhetők az alábbi tünetek:

1.1 Láz 1.2 Torokfájás 1.3 Hányás 1.4 Hasmenés 1.5 Bőrkiütés

1.6 Sárgaság 1.7 Egyéb súlyos bőrelváltozás, bőrgennyesedés

1.8 Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

2   A gyermek tetű és rüh mentes

Gyógyszer allergia: .......................................................

Étel érzékenység: .......................................................

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: ……………………………………………………………………………..

Lakcíme:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefonos elérhetősége:……………………………………………

Jelen nyilatkozatot a gyermekem komáromi WF Szabadidőparkban történő 2020. évi a fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

 …………………………………… aláírás

Dátum:……………………., 2020. ……………………………………..