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

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

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

A gyermek anyjának (leánykori) neve: …………………………………………………………

Jelen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom arról, hogy a gyermekem fertőző betegségben nem szenved, közösségtől való eltiltás alatt nem áll.

Gyermekem az alábbi kezelések alatt áll, illetve ehhez az alábbi gyógyszert biztosítom:

………………………………………………………………………………………………...…

…………………………………………………………………………………………………...

A fentiekben felsorolt betegségeken kívül ha van bármilyen allergiája, gyógyszerallergiája, vagy egyéb betegsége, kérem írja le:

………………………………………………………………………………………………...…

………………………………………………………………………………………………...…

Nyilatkozom arról is, hogy gyermek **tud/nem tud** úszni. (**megfelelő rész aláhúzandó**)

Törvényes képviselő neve: ……………………………………………………………………...

Személyi igazolvány száma: ………………………....................................................................

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

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

Illetve nyilatkozom még arról, hogy a tábor ideje alatt a gyermekemmel történő sérüléseket és általános feladatokat, a táborban résztvevő edzők és felügyelők elláthatják. Kórházi sürgősségi ellátás esetén – a szülő felé történő tájékoztatással párhuzamosan – a törvényes képviselő megérkezéséig az egészségügyi szakemberekkel kapcsolatot tartson.

Kelt:

Törvényes képviselő neve: ………………………………

Aláírása: …………………………………………………