

## EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Név: .....

Születési hely és idő: ....., ..... (év) ..... (hónap), ..... (nap)

Lakcím (település, házszám, irányítószám, megye, ország): .....

Szülők/törvényes képviselők neve: ..... és .....

Gyógyszerallergia: .....

Egyéb allergia (pl. élelmiszer, pollen stb.): .....

Krónikus betegség (pl. asztma, cukorbetegség stb.): .....

A táborozás során az alábbi gyógyszereket kell szednem, melyeket magamnak biztosítok:

Gyógyszer megnevezése	Rendszeresség	Adagolás

Tetanusz oltást kaptam (kérjük, húzza alá):

Nem

Igen, oltás ideje: ..... (év) ..... (hónap) ..... (nap)

Egyéb közlendő: .....

**A Segítő Mária Róm-Kat. Gimnázium X.C osztály és Györgypál Enikő osztályfőnök, valamint a** által szervezett nappali, bejárós **Meseország Kapujában** című táborában **2025.07.14-18.** között a **SMG Bentlakásában** részt veszek. Nyilatkozom, hogy:

- nem észlelhetők nálam láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb/fertőző bőrelváltozás, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás vagy ezek kezdeti tünetei;
- tetű-, bolha- és rühmentes vagyok;
- egészséges, és így a táborozásra alkalmas vagyok.

A nyilatkozott adatok, információk igazság tartalmáért vállalom a felelősséget és törvény előtt felelősségre vonható vagyok.

Kelt.: ....., 2025. .... (hónap), ..... (nap)

A táborozó aláírása: .....

A törvényes képviselők aláírása: ..... és .....

A nyilatkozatot aláíró törvényes képviselők:

Lakcíme (amennyiben eltér a résztvevő gyermekétől): .....

Telefonszáma: ..... és .....

*Jelen nyilatkozat nem lehet régebbi, mint három nap a tábor első napjától számítva.*

*Minden személyes adatot az adatvédelmi irányelveknek megfelelően kezelünk, azokat harmadik félnek nem adjuk ki, és a tábor után csupán további három hónapig őrizzük meg.*