



OMISK Tábor-

## Szülői nyilatkozat táborozáshoz

**Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy Gyermekeknél** (táborozó neve):

\_\_\_\_\_ Anyja neve: \_\_\_\_\_

Táborozó születési ideje: \_\_\_\_\_év\_\_\_\_\_hónap\_\_\_\_\_nap

Táborozó lakcíme: \_\_\_\_\_(ir.szám) \_\_\_\_\_(település) \_\_\_\_\_(utca, út, stb.) \_\_\_\_\_(házszám) **NEM észlelhetőek az alábbi tünetek:** (kérjük, X-el jelölje)

- ☐ torokfájás,
- ☐ hányás,
- ☐ hasmenés,
- ☐ bőrkiütés,
- ☐ sárgaság,
- ☐ egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- ☐ váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás
- ☐ valamint gyermekem tetű-, és rühmentes

Gyógyszer allergia: ☐ nincs ☐ van: \_\_\_\_\_

Továbbá, mint szülő, törvényes képviselő ezúton, az adatok önkéntes szolgáltatásával hozzájárulok, hogy az oktatási programot szervező Óbuda Mozgásművészeti Iskola (továbbiakban OMISK) gondozásában rendezett oktatási programon készülő képanyagokon gyermekem szerepeljen, és azokat a sajtóban, internetes felületeken, írásos anyagaiban, szakirányú témában használhassa. A képek és a filmek az oktatási programról szóló anyagokhoz nyújtanak illusztrációt.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36\_\_\_\_\_

Jelen nyilatkozatot gyermekem 20\_\_\_\_. évi, július \_\_\_\_ - \_\_\_\_ közötti időszakban zajló táborozásához adtam ki.

Kelt.: \_\_\_\_\_, 20... \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
Nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása