**SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSHOZ**

Tábor ideje: 2015. június 27-től 2015. július 8-ig, helye: Kistolmács

**Leadási határidő: A táborozás kezdőnapján kell átadni a tábort szervezőnek.**

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermekem (táborozó neve): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Táborozó lakcíme:

\_\_\_\_\_\_\_\_ir.szám\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_település\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca, út, stb)\_\_\_\_\_házszám

**nem észlelhetők az alábbi tünetek:**

 nincs -torokfájás,

 nincs -hányás,

 nincs -hasmenés,

 nincs -bőrkiütés,

 nincs -sárgaság,

 nincs -egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés

 nincs -váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás

valamint gyermekem tetű-, és rühmentes

Gyógyszer allergia:  nincs  van: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:

\_\_\_\_\_\_\_\_ir.szám\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_település\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca, út, stb)\_\_\_\_\_házszám

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

Kelt.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,201 . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hó\_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása