



Tábor ideje:

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozást megelőző négy napon belül, de legkésőbb a táborozás kezdőnapján kell átadni a tábort szervezőnek, táborvezetőnek

Jelen nyilatkozat kitöltésével nyilatkozom, hogy nem észlelhetőek az alábbi tünetek

<input type="text" value="nincs"/>	torokfájás,
<input type="text" value="nincs"/>	hányás,
<input type="text" value="nincs"/>	hasmenés,
<input type="text" value="nincs"/>	bőrkürités,
<input type="text" value="nincs"/>	sárgaság,
<input type="text" value="nincs"/>	egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
<input type="text" value="nincs"/>	váladákozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás

valamint tetű- és rühmentes vagyok.

Táborozó neve:

Anyja neve: Táborozó születési ideje év hónap nap

Táborozó lakcíme:

Gyógyszer allergia: van:

Sportorvosi versenyengedélye: van; nincs (tájékoztató jellegű)

Telefonszám +36

Kelt.: , 2017. -n

nyilatkozó aláírása