

EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Név:
Születési hely, dátum:, év hó nap
Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám):
Édesanyja születési neve:
Lakcím:
Értesítési cím:tel.szám:.....

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

A táborozás során az alábbi gyógyszereket kell szednem, melyeket magamnak biztosítok:
Gyógyszer.megnevezése _____Rendszeresség_____Adagolás/db

.....
.....

Tetanusz oltást kaptam: nemIgen: oltás ideje: év hó nap
Egyéb közlendő:

A táborozásán
20 __ . év hó napjától hónapjáig
veszek részt.

Nyilatkozom, hogy nem észlelhetők nálam az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás,
hasmenés, bőrkürités, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, váladékozó
szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, valamint tetű- és rühmentes vagyok. A táborozásra
egészségileg alkalmas vagyok. A megadott adatokért vállalom a felelősséget.

A nyilatkozatot aláíró törvényes képviselő:

neve:
lakcíme: _____.
telefonos elérhetősége: +36- - -

*: Ha a nyilatkozattevő még nem töltötte be a 18. életévét, akkor a törvényes képviselőjének (szülő) is alá kell
írnia, és meg kell adnia a saját elérhetőségeinek az adatait.
Az egészségügyi nyilatkozatot, a táborozást megelőző négy napon belül kell kiállítani, és a táborba
érkezés előtt a táborvezető részére át kell adni.

Kelt:, 20 __ . év hó __ . nap

.....
(a táborozó aláírása) (a törvényes képviselő aláírása)*