**Egészségügyi nyilatkozat nyári táborozáshoz**

**(***A nemzeti erőforrás miniszter 19/2012. (III. 28.) NEFMI rendelete egyes egészségügyi*

*tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról I. sz. melléklet alapján)*

**Kérjük, a tábor megkezdése előtti napon töltsék ki az alábbi adatlapot, és a gyermek**

**hozza magával a táborba!**

1. A gyermek neve:…………………………………………………………………………

2. A gyermek születési dátuma:…………………………………………………………..

3. A gyermek lakcíme:……………………………………………………………………..

4. A gyermek anyjának neve: …………………………………………………………….

5. Nyilatkozat arról, hogy

5.1. A gyermeken az elmúlt 48 órában észlelhetőek voltak-e az alábbi tünetek:

5.1.1. Láz: igen nem

5.1.2. Torokfájás: igen nem

5.1.3. Hányás: igen nem

5.1.4. Hasmenés: igen nem

5.1.5. Bőrkiütés: igen nem

5.1.6. Sárgaság: igen nem

5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés: igen nem

5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás: igen nem

5.2. A gyermek tetű- és rühmentes: igen nem

6. A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő:

Neve: ………………………………………………………………….

Telefonos elérhetősége: ……………………………………………..

7. A nyilatkozat kiállításának dátuma: ………………………………………..

…………………………………………….

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása

**Egészségügyi nyilatkozat nyári táborozáshoz**

**(***A nemzeti erőforrás miniszter 19/2012. (III. 28.) NEFMI rendelete egyes egészségügyi*

*tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról I. sz. melléklet alapján)*

**Kérjük, a tábor megkezdése előtti napon töltsék ki az alábbi adatlapot, és a gyermek**

**hozza magával a táborba!**

1. A gyermek neve:………………………………………………………………………..

2. A gyermek születési dátuma:………………………………………………………….

3. A gyermek lakcíme:……………………………………………………………………..

4. A gyermek anyjának neve: …………………………………………………………….

5. Nyilatkozat arról, hogy

5.1. A gyermeken az elmúlt 48 órában észlelhetőek voltak-e az alábbi tünetek:

5.1.1. Láz: igen nem

5.1.2. Torokfájás: igen nem

5.1.3. Hányás: igen nem

5.1.4. Hasmenés: igen nem

5.1.5. Bőrkiütés: igen nem

5.1.6. Sárgaság: igen nem

5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés: igen nem

5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás: igen nem

5.2. A gyermek tetű- és rühmentes: igen nem

6. A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő:

Neve: ……………………………………………………………………….

Telefonos elérhetősége: ………………………………………………….

7. A nyilatkozat kiállításának dátuma: ……………………………………………..

…………………………………………….

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása