

TÁBOR NEVE:

GYŰR MEGYEI JOGÚ VÁROS GYERMEKTÁBORA

TÁBOROZÁS IDEJE:

NYILATKOZAT

**A TÁBOROZÁSON RÉSZT VEVŐ GYERMEK MEGFELELŐ
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTÁRÓL ILLETVE AZ EPIPEN INJEKCIÓ
BEADÁSÁRÓL**

1. A gyermek neve:

2. A gyermek születési dátuma:

3. A gyermek lakcíme:

4. A gyermek anyjának neve:

5. A gyermek TAJ száma:

6. Szed-e rendszeresen gyógyszert, ha igen, mit?

7. Allergiás-e?

Ezúton nyilatkozom, hogy gyermekem (konkrét allergia megnevezése allergiája miatt sürgősségi esetben **Epipen** autoinjektor beadása szükséges lehet életmentő céllal.

IGEN

NEM

Ezúton hozzájárulok, hogy a táboroztatás ideje alatt a táborban egészségügyi feladatot ellátó személyzet sürgős esetben, a gyermekem életének védelme érdekében, a gyermekem részére az **Epipen** autoinjektort beadják.

IGEN

NEM

(kérjük a megfelelő szót aláhúzni)

8. Gyógyszerérzékenysége van-e?

9. Nyilatkozat arról, hogy

10.1. a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

10.1.1. Láz

10.1.2. Torokfájás

10.1.3. Hányás

10.1.4. Hasmenés

10.1.5. Bőrkiütés

10.1.6. Sárgaság

10.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés

10.1.8. Valadékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

10.1.9. Nincs törött testrésze

10.2. a gyermek tetű- és ruhmentes

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő:

Neve:

Lakcíme:

Telefonos elérhetősége:

Aláírása:

A nyilatkozat kiállításának dátuma: