

Szülői nyilatkozat a KETE Tollaslabda táborában való részvételhez

Tábor időpontja (x): 1. 2024. július 8-12.

2. 2024. július 22-26.

- A gyermek neve:
- Születési dátuma:
- Lakcíme:
- TAJ száma:.....
- Anyja neve:
- A gyermek törvényes képviselőjeként kijelentem, hogy a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:
láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.
- Amennyiben a gyermeknél ismert allergia, érzékenység fennáll, vagy tartós, krónikus, rendszeresen visszatérő betegsége ismert, vagy a tábor ideje alatt rendszeres gyógyszereszedési kötelessége van, kérjük, nevezze meg a betegséget és a szedett gyógyszer(ek) pontos típusát (hatóanyag tartalommal együtt), a szedés gyakoriságát és rendjét:

.....

Gyermekem rendelkezik megfelelő vízbiztonsággal (200 métert segédeszköz nélkül le tud úszni): igen nem

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

neve:.....

lakcíme:.....

telefonszáma:.....

e-mail címe:.....

Keszthely, 2024.hónap nap

.....

aláírás

x : megfelelő rész aláhúzendó