

# JZ-Sport Academy labdarúgó sporttábor

2024.

## Egészségügyi nyilatkozat

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermekem (táborozó neve): \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Táborozó születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Táborozó TAJ száma: \_\_\_\_\_

Táborozó lakcíme:

\_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ település \_\_\_\_\_ (utca, út, stb) \_\_\_\_\_ házszám

**nem** észlelhetők az alábbi tünetek:

- láz,
- torokfájás,
- hányás,
- hasmenés,
- bőrkiütés,
- sárgaság,
- egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
- váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás
- valamint gyermekem tetű-, és rühmentes

Gyógyszer allergia:  nincs  van: \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:

\_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ település \_\_\_\_\_ (utca, út, stb) \_\_\_\_\_ házszám

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36 \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő e-mail címe: \_\_\_\_\_

**Jelen nyilatkozatot gyermekem 2024. évi táborozásához adtam ki.**

Kelt: \_\_\_\_\_, 2024. \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
alíírás