**ADATLAP**

Név:.................................................................................................

Születési hely, idő:...........................................................................

Édesanyja leánykori neve: …..........................................................

Állandó lakcím: …...........................................................................

Tábor ideje alatt értesítendő: …..........................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Szigorúan bizalmas! A szülő tölti ki! **S**: soha, **N**: néha **Gy**: gyakran, **R**: rendszeresen | | | |
| Fejfájás |  | Gyomorrontás |  |
| Orrvérzés |  | Étvágytalanság |  |
| Hasfájás |  | Hasmenés |  |
| Válogatás |  | Holdkórosság |  |
| Bevizelés |  | Székrekedés |  |

Ételallergia:..........................................................................................................................................

Gyógyszerallergia:...............................................................................................................................

A gyermeknek a tábor folyamán az alábbi gyógyszer(eke)t kell rendszeresen szednie (adagolás feltüntetésével!) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ezeket számára biztosítom...)

Tetanusz oltást kapott? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mikor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

egyéb közlendő:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Én, alulírott szülő nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás; valamint, gyermekem tetű- és rühmentes. A fent megadott adatokért vállalom a felelősséget, és hozzájárulok gyermekem részvételéhez a 903. sz. Prohászka Ottokár Cserkészcsapat által szervezett táborban.

Nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: …..................................................................

Lakcíme:....................................................................................................................................

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

Dátum: 2018. év \_\_\_\_\_\_\_\_ hónap\_\_\_\_ nap. Szülő aláírása