

**EGÉSZSÉGÜGYI ÉS SZÜLŐI NYILATKOZAT A MAGYAR TERMÉSZETTUDOMÁNYI MÚZEUM
TÁBORÁBAN VALÓ RÉSZVÉTELHEZ**

A Nyilatkozatot kérjük NYOMTATOTT BETŰKKEL kitölteni.

A gyermek törvényes képviselője a táborozást megelőzően ezen kiállított nyilatkozattal igazolja a táborozásban részt vevő gyermek megfelelő egészségi állapotát a táborozás megkezdése előtt.

A kitöltött nyilatkozatot a táborozás kezdőnapján kérjük átadni a tábor szervezőinek.

Gyermek neve:

Gyermek születési helye, ideje:.....

Gyermek lakcíme:

TAJ száma:

Anyja neve:

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetők a következő tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, váladékozó szembetegség, gennyes fül-és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

Gyermekére vonatkozóan a megfelelő választ húzza alá. „Van” válasz esetén, adja meg a konkrét adatot is:

Gyógyszerallergia: NINCS/VAN:

.....

Ételallergia: NINCS/VAN:

.....

Környezeti tényezőkre allergia: NINCS/VAN:

.....

Egyéb fontos információ a gyermek egészségi állapotáról, szokásairól:.....

.....

.....

Vállalom, hogy gyermekemnél észlelet betegség esetén a táborszervező értesítését követően azonnal, saját költségemre érte megyek és elviszem a táborból.

Az alábbi személyek jogosultak a gyermek hazavitelére:

Név:

szem.ig. szám:

Név:

szem.ig. szám:

Név:

szem.ig. szám:

Nyilatkozom, hogy a gyermek átadott személyes és egészségügyi adatainak – az adatvédelemmel kapcsolatos jogszabályokban meghatározottak szerinti – célhoz kötött kezeléséhez hozzájárulok.

Hozzájárulok ahhoz, hogy a tábor programjai során a gyermekemről készült fotókat, videofelvételeket a tábor szervezője (Magyar Természettudományi Múzeum) kommunikációjában felhasználhatja.

A nyilatkozatot kiállító szülő/törvényes képviselő

neve:

lakcíme:

telefonszáma (amelyen napközben elérhető):

e-mail címe:

Budapest, 2020.

A szülő/törvényes képviselő aláírása: