

## SZÜLŐI NYILATKOZAT GYERMEK EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTÁRÓL

a 12/1991. (V. 18.) NM rendelet alapján

### Személyes adatok:

Gyermek neve: .....

Születési dátuma: .....

Lakcíme: .....

TAJ száma: .....

Anyja neve: .....

Törvényes képviselő lakcíme: .....

Szülő/Törvényes képviselő telefonos elérhetősége: .....

Alulírott kijelentem, hogy a tábor házirendjét előzetesen megismertem.

Hozzájárulok, hogy

- gyermekem részt vegyen az MVM Sportegyesület által szervezett
  - sporttáborban
  - LCF Kids Club angolos sporttáborban
  - Logiscool tematikára épülő sporttáborban
  - programozó sporttáborban
  - kreatív alkotótáborban
- szükség esetén gyermekemet az illetékes háziorvos(i ügyelet) a tábor ideje alatt megvizsgálja.

Vállalom, hogy:

- amennyiben gyermekem nem tartja be a tábor házirendjét, a táborvezető döntése alapján, vagy
- amennyiben gyermekem megbetegszik, baleset éri, a (sürgősségi) ellátást követően (amelyről a táborvezető gondoskodik)

a táborvezető értesítését követően azonnal, saját költségemre érte megyek és elviszem a táborból.

**Nyilatkozom továbbá arról, hogy gyermekemen az alábbi tünetek észlelhetők/nem észlelhetők:**

|             | ÉSZLELHETŐ | NEM ÉSZLELHETŐ |
|-------------|------------|----------------|
| láz         |            |                |
| torokfájás  |            |                |
| nehézlégzés |            |                |
| köhögés     |            |                |
| légszomj    |            |                |

|                                 |  |  |
|---------------------------------|--|--|
| íz- vagy szaglásérzék változása |  |  |
| fejfájás / szokatlan gyengeség  |  |  |
| hányás                          |  |  |
| hasmenés                        |  |  |
| bőrkiütés                       |  |  |
| sárgaság                        |  |  |
| egyéb súlyosabb bőrelváltozás   |  |  |
| váladékozó szembetegség         |  |  |
| gennyes fül- és orrfolyás       |  |  |
| egyéb sebesülés                 |  |  |

A gyermek tetű- és rühmentes: Igen Nem

Gyógyszerérzékenység: .....

Állandó jelleggel szedett gyógyszer: .....

Allergia:.....

Láz csillapítására otthon használt gyógyszer: .....

Egyéb fontos tudnivaló: .....

.....

.....

Egyben nyilatkozom arról, hogy:

- személyem és a velem egy háztartásban élők az elmúlt 14 napban tartózkodtak/átutaztak külföldön: igen / nem

ha igen, mely ország(ok)ban? .....

(a Koronavírus (COVID-19) fertőzéssel érintett, WHO által veszélyeztetettnek minősített országok: <https://konzuliszolgalat.kormany.hu/utazasi-tanacs>),

- nem voltam szoros kontaktusban valószínűsített vagy megerősített új koronavírussal fertőzött személlyel,

- nincs olyan légúti vagy fertőző betegségre utaló tünetem (pl: láz, köhögés, akut légzési nehézség stb.), amely miatt mások egészségét veszélyeztetném és közösségben nem tartózkodhatnék.

Jelen nyilatkozatomat büntetőjogi felelősségem tudtában teszem meg.

Kelt: 2024. ....

.....

törvényes képviselő aláírása