



**KÖVÉR RANCH**

## Szülői egészségügyi nyilatkozat

Gyermek neve: \_\_\_\_\_

A gyermek születési dátuma: \_\_\_\_\_ Taj: \_\_\_\_\_

A gyermek lakcíme: \_\_\_\_\_

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

Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen

Láz észlelhető / nem észlelhető

Torokfájás észlelhető / nem észlelhető

Hányás észlelhető / nem észlelhető

Hasmenés észlelhető / nem észlelhető

Bőrkiütés észlelhető / nem észlelhető

Sárgaság észlelhető / nem észlelhető

Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés észlelhető / nem észlelhető

Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás észlelhető / nem észlelhető

A gyermek tetű- és rühmentes igen / nem

Gyermekem ételallergiában, tartós betegségben NEM szenved, gyógyszert a tábor ideje alatt NEM kell szednie.

Gyermekem az alábbi tartós betegségben, ételallergiában szenved:

\_\_\_\_\_

Hozzájárulok, hogy szükség esetén gyermekemet a tábor orvosa a tábor ideje alatt megvizsgálja.

igen / nem

**Vállalom, hogy gyermekemnél észlelt betegség esetén a táborvezető értesítését követően azonnal, saját költségemre érte megyek és elviszem a táborból.**

**Nyilatkozom, hogy**

**1. az elmúlt 14 napban**

**a, a Gyermek és a vele egy háztartásban élők nem jártak olyan országban, mely a COVID19 járvány kapcsán karanténköteles**

**b, a gyermek és a vele egy háztartásban élők nem álltak kontaktusban valószínűsített vagy megerősített új koronavírusal fertőzött személlyel, továbbá**

**2. gyermekem és a vele egy háztartásban élők esetén sincs olyan légúti fertőző betegségre utaló tünet (láz, köhögés, torokfájás), amely miatt mások egészségét veszélyeztetné, és közösségben nem tartózkodhatna.**

Aláírással hozzájárulok, hogy a tábor során a gyermekemről készült fotókat és videofelvételeket a tábor szervezői kommunikációjukban felhasználják.

A nyilatkozatot kiállító neve: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_

Kelt: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_

aláírás