**Jelentkezési lap Győrsövényházi Polgárőr Napközis Táborba**

**2025.07.14–2025.07.18.**

Gyermek neve:.............................................................................................

Anyja neve:……………………………………………………………………………………………...

Gyermek szül. ideje:.....................................................................................

Tajszáma:....................................................................................................

Gyermek lakcíme:............................................................................................

**Fizetendő térítési díj fő/hét: 20.000 Ft**

A táborozás egészségügyi feltételeiről szóló rendelet alapján kérem, hogy a tábor első napján kitöltve hozzák magukkal a mellékelt nyilatkozatot. Hiánytalanul kitöltött nyilatkozat leadása nélkül nem tudjuk a gyermeket a táborban fogadni.

Ha a tábor ideje alatt bármi változás történik, a szülőnek kötelessége bejelenteni!

Dátum: ............................

 ……………………………………………………… Szülő/Törvényes képviselő aláírása

***NYILATKOZAT***

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

Győrsövényházi Polgárőr Napközis Tábor

2025.07.14–2025.07.18.

Gyermek neve:……………………………………………………………………………..

Tajszáma:……………………………………………………………………………………..

Lakcíme:…………………………………………………………………………………………

Szülő neve:…………………………………………………………………………………….

Elérhetősége:………………………………………………………………………..

Nyilatkozom, hogy:

 1. A gyermekemen nem észlelhetők a következő tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyos bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás.

2. A gyermek tetű- és rühmentes. Igen Nem

 3. Szed-e rendszeresen a gyermek gyógyszert? Igen Nem

Mit?

................................................................................................................................................................................................................................................................

 4. Krónikus betegsége a gyermeknek van-e? Igen Nem Betegség megnevezése:

................................................................................................................................................................................................................................................................

5. Gyógyszerallergiája a gyermeknek van-e? Igen Nem

 Mire?

........................................................................................................................................................................................................................................................ …. …

 6. A gyermeknek ételallergiája van-e? Igen Nem Mire, milyen tünetekkel?

 ............................................................................................................................... 7. Szükséges-e külön étrend (diéta) az ételallergia miatt? Igen Nem

8 . Egyéb közölni való: ................................................................................................................................................................................................................................................................

Dátum: ............................

 ……………………………………………………… Szülő/Törvényes képviselő aláírása