

## SZÜLŐI NYILATKOZAT – 2016

Hozzájárulok \_\_\_\_\_ nevű gyermekem részvételéhez a Gyermekvasutas Táborban 20\_\_\_\_-tól 20\_\_\_\_-ig.

**A táborozást követően érte megyek\* - egyedül távozhat\* (\*Aláhúzendő!)**

A táborba a **kezdő napot követően érkezik** (dátum, kb. óra-tól), vagy a táborból korábban távozik (dátum, kb. óra-tól), illetve a tábort **egy időszakra elhagyja** (pl. bizonyítványosztás) (dátum, kb. óra-tól dátum, kb. óra-ig):

---

Egészségügyi vagy magatartási probléma esetén értesíthető (legalább kettő név-telefonszám, lehetőleg mobil), akik a táborozás ideje alatt lehetőleg folyamatosan elérhetők és a gyermekkel kapcsolatban intézkedésre jogosultak, és erre folyamatosan lehetőségük is van (pl. Magyarországon tartózkodnak, stb.)

1.NÉV \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

2.NÉV \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

Alulírott nyilatkozom, hogy az „Általános tájékoztató a 2016. évi Gyermekvasutas Táborokról” c. **levél tartalmát ismerem, megértettem és az abban foglaltakkal mindenben egyetértek.**

Vállalom, hogy a gyermekem által a táborozás során okozott **károkat megtérítem**, valamint tudomásul veszem, hogy a gyermekemet a táborvezető egészségügyi okokból (pl. megbetegedés), vagy súlyos magatartási probléma esetén a **táborozásból ideiglenesen vagy véglegesen kizárhatja**, illetve helyben nem felügyelhető súlyosabb betegség vagy sérülés esetén **egészségügyi ellátást és kórházi elhelyezést kezdeményezhet**. Ezen esetekben az Üzemeltető a fent jelzett telefonszámokon értesíti a szülőt (gondviselőt) vagy megbízottját.

\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
szülő (gondviselő)

# SZÜLŐI NYILATKOZAT A GYERMEKVASUTAS TÁBOROZÁSON RÉSZTVEVŐ GYERMEK, TÁBOROZÁST MEGELŐZŐ EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTÁRÓL

2. melléklet a 12/1991. (V. 18.) NM rendelethez

A gyermek neve: \_\_\_\_\_

A gyermek születési helye, dátuma: \_\_\_\_\_

TAJ szám: \_\_\_\_\_

A gyermek lakcíme: \_\_\_\_\_

Allergia: \_\_\_\_\_ Epilepszia: \_\_\_\_\_

Gyógyszerérzékenység: \_\_\_\_\_

Kapott-e... kullancsfertőzés elleni oltást? \_\_\_\_\_ Tetanuszt? \_\_\_\_\_

Szedendő gyógyszerek és napi adagjuk: \_\_\_\_\_

Érzékenység ételekre: \_\_\_\_\_

Egyéb eü. közölni való (fiziológiai, pszichológiai, stb.) \_\_\_\_\_

Kullancscsípés esetén gyorsteszt elvégzését kérem, annak költségét vállalom:

**IGEN\***

**NEM\***

**(\*Aláhúzendő!)**

**Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek.** Ha 7 napon belül az alábbi tünetei voltak, a tünet elmúlásának napját tüntessék fel! (IGEN / NEM)

Láz:

Hasmenés:

Torokfájás:

Bőrkiütés:

Hányás:

Sárgaság:

Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés:

Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás:

A gyermek tetű- és rühmentes (mentesség esetén „IGEN”):

\_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
szülő (gondviselő)