

SZÜLŐI NYILATKOZAT – 2017

Hozzájárulok _____ nevű gyermekem részvételéhez a Gyermekvasutas Táborban 20____-tól 20____-ig.

A táborozást követően érte megyek* - egyedül távozhatsz* (*Aláhúzendó!)

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 „Tájékoztató levél a diétás étkeztetésről” c., illetve az „Általános tájékoztató a 2017. évi Gyermekvasutas Táborokról” **dokumentum tartalmát ismerem, megértettem és elfogadom.**

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)