

## Szülői nyilatkozat

Kérjük az alábbi dokumentumot töltsék ki, és aláírva küldjék el gyermekükkel a táborba.

Amennyiben a 18 éven aluli gyermek nem rendelkezik ezen beleegyező nyilatkozattal, úgy sajnos nem áll módunkban a táborban fogadni őt.

Alulírott ..... beleegyezem, hogy kiskorú, illetve fiataikorú gyermekem, ..... (név, születési idő, anyja neve), részt vegyen a Bakonyi Csillagászati Egyesület által 2022. július 27-31. között szervezett pénzesgyőri csillagászati táborban.

Aláírással igazolom, hogy a tábor leírását elolvastam a honlapon és a Tudnivalók résztvevőknek dokumentumban. A táborozás feltételeit elfogadom.

Tudomásul veszem, hogy az esemény szervezői nevelői feladatokat nem tudnak ellátni, így nem vállalják a felelősséget az esetlegesen bekövetkező sérülésekért, illetve balesetekért, mint ahogyan a gyermek esetleges cselekedeteiért sem.

Mindezekon kívül elismerem, hogy minden, a berendezésben okozott kár kijavítása a résztvevő kiskorú gyermekem, így mint felnőtt hozzátartozójának, az én felelősségem, amennyiben azok megrongálódását a gyermek egyértelműen saját, nem megfelelő magatartásával idézte elő.

Egészségügyi információk a táboroztató részére (nem kívánt rész áthúzással törlendő)

Allergiás reakció nincs van:

Gyógyszerérzékenység nincs van:

Betegség nincs van:

Rendszeresen szedett gyógyszer\* nincs van:

Egyéb egészségügyi közlendő:

.....

(Szülő vagy törvényes gondviselő aláírása és telefonos elérhetősége)

Köszönjük szíves közreműködését!

Üdvözlettel:

Ivanics Ferenc  
táborvezető

A táborozás ideje alatt a táborvezető telefonos elérhetősége: 06 20 556 5966

\*Amennyiben a gyermek rendszeresen gyógyszeres kezelésre szorul, abban az esetben kérem küldje el vele a szedett gyógyszereket, valamint azok szedési utasításait.

## Nyilatkozat

A gyermek neve: .....

A gyermek születési dátuma: .....

A gyermek lakcíme: .....

A gyermek anyjának neve: .....

Nyilatkozom, hogy a gyermekeken az alábbi tünetek: (kérném, a megfelelőt aláhúzni)

Láz	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Torokfájás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Hányás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Hasmenés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Bőrkiütés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Sárgaság	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
A gyermek tetű- és rühmentes	igen	nem

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: .....

telefonos elérhetősége: ..... aláírása: .....

lakcíme: .....

A nyilatkozat kiállításának dátuma: .....

## Nyilatkozat /testvér esetén kitöltendő/

A gyermek neve: .....

A gyermek születési dátuma: .....

A gyermek lakcíme: .....

A gyermek anyjának neve: .....

Nyilatkozom, hogy a gyermekeken az alábbi tünetek: (kérném, a megfelelőt aláhúzni)

Láz	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Torokfájás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Hányás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Hasmenés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Bőrkiütés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Sárgaság	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés	nem észlelhetőek	észlelhetőek
Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás	nem észlelhetőek	észlelhetőek
A gyermek tetű- és rühmentes	igen	nem

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: .....

telefonos elérhetősége: ..... aláírása: .....

lakcíme: .....

A nyilatkozat kiállításának dátuma: .....