A tábor helye: **Regatta Szabadidőközpont (2015 Horány, Parti u. 16)**

A tábor ideje: **2023. július 22-től - 28-ig**

**Leadási határidő: A kitöltött nyilatkozatot a táborozás kezdőnapján kell átadni a tábort szervezőknek, táborvezetőnek**

**Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy**

Gyermekem (táborozó neve): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

A táborozó születési ideje és helye:\_\_\_\_\_\_\_\_év\_\_\_\_hónap\_\_\_\_nap, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A táborozó lakcíme:

\_\_\_\_\_\_\_\_ir.szám\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_település\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(utca, út, stb.)\_\_\_\_\_házszám

**egészséges, nem észlelhetők nála az alábbi tünetek: torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.**

4 héten belül a táborozó környezetében, családjában, bármely közösségben, ahova jár, fertőző betegség előfordult: **nem /  igen**

A táborozónak volt-e láza az elmúlt 14 napban? **nem /  igen**

Az elmúlt 14 napban jelentkeztek-e a táborozónál légúti problémák, például köhögés vagy nehéz légzés? **nem /  igen**

Került-e a táborozó kapcsolatba olyan beteggel, akinek igazoltan Covid19 fertőzése volt az elmúlt 14 napban?  **nem /  igen**

Került-e a táborozóval egy háztartásban élő családtag kapcsolatba olyan beteggel, akinek igazoltan Covid19 fertőzése volt az elmúlt 14 napban?  **nem /  igen**

Került-e a táborozó kapcsolatba olyan emberekkel, akik az elmúlt 14 nap során tapasztaltak lázat vagy légúti problémákat és/vagy jártak dokumentáltan Covid19 fertőzött területeken? **nem /  igen**

Járt-e a táborozó külföldön az elmúlt 14 napban? **nem /  igen**

Részt vett-e nemrégiben a táborozó valamilyen összejövetelen, találkozón, rendezvényen vagy testközeli kapcsolatba került-e sok ismeretlen emberrel? **nem /  igen**

Gyógyszerallergia:  **nincs** /  **van**, megnevezés:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergia:  **nincs** /  **van**, ha van ilyen megnevezés (étel, környezeti tényezők, rovarcsípés stb.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A táborozó rendszeresen szed-e gyógyszert:  **nem** /  **igen**, adagolás:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aláírásommal igazolom, hogy a feltett kérdésekre adott válaszaim helytállóak, nem tudok bármilyen koronavírus kitettségemről.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:

\_\_\_\_\_\_\_\_ir.szám\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_település\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (utca, út, stb)\_\_\_\_\_házszám

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jelen nyilatkozatot gyermekem az **Abacusan Stúdió tehetség- és élménytábor** elnevezésű, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2023. július \_\_\_\_ napján

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a nyilatkozatot kiállító szülő/törvényes képviselő aláírása