**2.sz. melléklet**

**SZÜLŐI/ GONDVISELŐI NYILATKOZAT (\*)**

a tanuló egészségügyi állapotáról a nevelés-oktatási, illetve más, külső fogadó intézményben történő

foglalkozásokhoz

A gyermek neve: …………………………………………………………………………………..

A gyermek születési dátuma: …………………………………………………………………

A gyermek édesanyjának neve: ……………………………………………………………..

A gyermek TAJ száma: …………………………………………………………………………...

A gyermek telefonszáma: ………………………………………………………………………

További, a gyermekre vonatkozó fontos információ (pl.: allergia, méh, darázs, vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, vélt, valós félelmek, pókiszony, esetleg „alvajáró”, aktuális sérülés, műtét, stb.):

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

Nyilatkozom, hogy gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: Láz, torokfájás, hányás, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

Törvényes képviselő neve: ……………………………………………………………………

Lakcíme: ……………………………………………………………………………………………….

**Telefonos elérhetősége / a tábor ideje alatt:** ……………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………..

Dátum: …………………………………………..

………………………………….…………………………………..

szülő/gondviselő/törvényes képviselő aláírása