



Keresztury Dezső Városi Művelődési Központ

8900 Zalaegerszeg, Landorhegyi út 21.

Tel: (92) 314-120 Fax: (92) 815-522

Web: www.kereszturyvmk.hu

Mail: info@kereszturyvmk.hu

Facebook: <https://www.facebook.com/KereszturyVMKZeg>

EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP NYÁRI NAPKÖZBENI ELLÁTÁS 2022.

Személyes adatok

Név:

Oktatási azonosító: _ _ _ _ _

Születési hely, dátum:, _ _ _ _ . év hó _ _ . nap

Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám): _ _ _ _ _

Édesanyja születési neve:

Lakcím: _ _ _ _ _

Telefonszám:

Egészségügyi állapot

A táborozón LÁZ tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón TOROKFÁJÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón HÁNYÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón HASMENÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón BŐRKIÜTÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón SÁRGASÁG tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón BÖRGENNYEDÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón EGYÉB SÚLYOS BŐRELVÁLTOZÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón VÁLADÉKOZÓ SZEMBETEGSÉG tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón GENNYES FÜL- ÉS ORRFOLYÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozó TETŰ- ÉS RÜHMENTES	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

Gyógyszerallergia: NEM IGEN:

 Egyéb allergia (pl.: pollen, állatszőr, stb.): NEM IGEN:

 Ételallergia vagy diéta: NEM IGEN:

A táborozás során az alábbi gyógyszereket kell szednem, amelyeket magamnak biztosítok:

Gyógyszer megnevezése	Étkezés előtt/után	Rendszeresség	Adagolás

Egyéb közlendő:

Nyilatkozat

Alulírott jelen nyilatkozatot a magam nevében a táborozó törvényes képviselőjeként és a táborozó gyermek felett szülői felügyeletet gyakorlóként a táborozó nevében és helyett teszem.

(a megfelelő megjelölendő!)

Kelt: Zalaegerszeg, 2022. év hó _ _ . nap

.....
(a táborozó aláírása)

.....
*(törvényes képviselő aláírása)**

*: Ha a nyilatkozattevő még nem töltötte be a 18. életévét, akkor a törvényes képviselőjének (szülő/szülői felügyeleti jog gyakorlója) is alá kell írnia, és meg kell adnia a saját adatait és elérhetőségét. Az adatlapot és az egészségügyi nyilatkozatot a táborozást megelőző négy napon belül kell kiállítani, és legkésőbb a táborozás megkezdése előtt a tábor szervezet/intézmény felőli kapcsolattartója részére át kell adni. A nyilatkozatot a táborozás ideje alatt a tábor helyszínén kell tartani.