

**SZÜLŐI NYILATKOZAT TÁBOROZÁSBAN RÉSZTVEVŐ KISKORÚ GYEMEK  
EGÉSZSÉGÜGYI ALKALMASSÁGÁRÓL**

Tábor ideje: \_\_\_\_\_ -től \_\_\_\_\_ - ig

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermezem (táborozó neve): \_\_\_\_\_

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

Táborozó születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Táborozó TAJ száma: \_\_\_\_\_

Táborozó lakcíme: \_\_\_\_\_

**NEM észlelhetők az alábbi tünetek:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nincs – láz ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )   | <input type="checkbox"/> nincs – köhögés                                       |
| <input type="checkbox"/> nincs – rossz közérzet  | <input type="checkbox"/> nincs – légszomj                                      |
| <input type="checkbox"/> nincs – ízületi fájdalom  | <input type="checkbox"/> nincs – felületes légzés                              |
| <input type="checkbox"/> nincs – izomfájdalom  | <input type="checkbox"/> nincs - hányinger, hányás                             |
| <input type="checkbox"/> nincs – hidegrázás  | <input type="checkbox"/> nincs - hasmenés                                      |
| <input type="checkbox"/> nincs – fejfájás  | <input type="checkbox"/> nincs - bőrkiütés                                     |
| <input type="checkbox"/> nincs – fáradtság   | <input type="checkbox"/> nincs - sárgaság                                      |
| <input type="checkbox"/> nincs - torokfájás  | <input type="checkbox"/> nincs - egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés |
| <input type="checkbox"/> nincs - váladékókozó szembetegség, szempanasz, gennyes fül-, és orrfolyás<br>valamint gyermekem tetű-, és rühmentes |  |

Gyógyszer allergia:  nincs  van: \_\_\_\_\_

Állt-e bármilyen kórházi kezelés alatt az elmúlt 14 napban?  igen  nem

Kórelőzményi adatok:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Szívbetegség       | <input type="checkbox"/> Cukorbetegség            | <input type="checkbox"/> Művesekezelés | <input type="checkbox"/> Krónikus tüdőbetegség |
| <input type="checkbox"/> VVT rendellenesség | <input type="checkbox"/> Legyengült immunrendszer | <input type="checkbox"/> Májbetegség   | <input type="checkbox"/> Anyagcsere betegség   |
| <input type="checkbox"/> Daganatos betegség | <input type="checkbox"/> Idegrendszeri betegség   | <input type="checkbox"/> Vesebetegség  | <input type="checkbox"/> Elhízás               |

Rövid leírás: \_\_\_\_\_

Járt-e a tünetek megjelenése előtti 14 napban koronavírus által érintett területen / országban?

(<https://www.nnk.gov.hu/>)

igen, az alábbi területen/országban: \_\_\_\_\_

nem

Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel?  igen  nem

Volt-e koronavírus tesztje?  igen  nem

Időpontja és eredménye? \_\_\_\_\_

A teszt elvégzése óta történt-e az egészségi állapotában változás?  igen  nem

Volt-e önként vállalt karanténban?  igen  nem

Ha volt, mikor és hol? \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

Neve: \_\_\_\_\_

Lakcíme: \_\_\_\_\_

Telefonszáma: +36 \_\_\_\_\_

Email címe: \_\_\_\_\_

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2025. évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt: \_\_\_\_\_, 2025. \_\_\_\_\_ hó \_\_\_\_\_ nap

\_\_\_\_\_  
nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása