

Bregyó-közi napközis tábor – adatlap

Táborozó neve: _____

Születési helye, ideje: _____

Lakcíme: _____

Anyja neve: _____

Szülő(k) telefonszáma (rendkívüli esetben értesítendő személy elérhetősége): _____

Iskola: _____ Osztály: _____

Választott turnus időpontja (X), gyülekezési hely megjelölése:

Vörösmarty Iskola

Tóvárosi Iskola

Bory Iskola

Németh L. Iskola

Arany J. Isk. - Itt csak az Arany J., II. Rákóczi F. Ált. Isk. Felsővárosi Ált. Isk. tanulói gyülekezhetnek.

(X)	Választott turnus időpontja	Gyülekezési hely
	I. turnus (07.03-07.07.)	
	II. turnus (07.10-07.14.)	
	III. turnus (07.17-07.21.)	
	IV. turnus (07.24-07.28.)	
	V. turnus (07.31-08.04.)	
	VI. turnus (08.07-08.11.)	

Igényelt menü: Hagyományos Diétás (orvosi lelettel igazolni szükséges)

Gyermekem a tábor által szervezett külsős **programokon** (strand, Koronás Park, belvárosi séta...) részt vehet. IGEN NEM

Gyermekem a tábor ideje alatt, a tábori **gyülekezőhelyre érkezés után** (kb.16⁰⁰-16³⁰) **egyedül távozhat**. IGEN NEM

Fontosabb információ a gyermekről: (pl. allergia, gyógyszer, tartós betegség esetén kezelőorvos neve)

Gyermekem törvényes képviselőjében eljárva hozzájárul(ok/unk), hogy gyermekemről fénykép, -hang, vagy képfelvétel, videofelvétel készüljön a Székesfehérvári Napraforgó Napközis Tábor programjai során, valamint hozzájárulok, hogy gyermekemről a fent meghatározott felvételek megjelenjenek a tábor honlapján, közösségi oldalán, sajtóban. (Ptk. 2013. évi V. tv. 2.48 & (1) bekezdés)

IGEN NEM

Mint a gyermekem törvényes képviselője a jelentkezési feltételeket és a tábor házirendjét tudomásul veszem és elfogadom.

Kelt: _____

szülő / törvényes képviselő aláírása

Egészségügyi nyilatkozat

Táborozó neve:

Születési helye, ideje:

Anyja neve:

Táborozó TAJ száma:

Iskola: Osztály:

Nyilatkozom arról, hogy a gyermekem nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

1. Láz
2. Torokfájás
3. Hányás
4. Hasmenés
5. Bőrkiütés
6. Sárgaság
7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés
8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
9. A gyermek tetű- és rühmentes.

Nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: _____

Kelt.:

Törvényes képviselő aláírása

Az egészségügyi nyilatkozat 6 hétig érvényes.

Kérjük, hogy a nyilatkozatot a tábor megkezdését megelőzően **legfeljebb 72 órával** korábban töltsék ki.
(Hétfői táborkezdésnél pénteki vagy későbbi legyen a nyilatkozat.)