



## EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT

Név: .....

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

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

Édesanyja születési neve: .....

Lakcím: \_\_\_\_\_, .....

Gyógyszerallergia: .....

Egyéb allergia (pl.: élelmiszer, pollen, stb.): .....

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

Gyógyszer megnevezése	Rendszeresség	Adagolás

Tetanusz oltást kaptam:  Nem.  Igen: oltás ideje: \_\_\_\_ . év \_\_\_\_ hó \_\_\_\_ . nap

Egyéb közlendő: .....

A \_\_\_\_ . számú ..... Cserkészcsapat táborozásán

20 \_\_\_\_ . év ..... hó \_\_\_\_ . napjától ..... hó \_\_\_\_ . napjáig részt veszek.

Nyilatkozom, hogy nem észlelhetőek nálam az alábbi tünetek: láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, valamint tetű- és rühmentes vagyok. A táborozásra egészségileg alkalmas vagyok. A megadott adatokért vállalom a felelősséget.

Kelt: ....., 20 \_\_\_\_ . év ..... hó \_\_\_\_ . nap

.....  
(a táborozó aláírása)

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

A nyilatkozatot aláíró törvényes képviselő:

neve: .....

lakcíme: \_\_\_\_\_, .....

telefonos elérhetősége: +36- \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\*: Ha a nyilatkozattevő még nem töltötte be a 18. életévét, akkor a törvényes képviselőjének (szülő) is alá kell írnia, és meg kell adnia a saját elérhetőségeinek az adatait.

Az egészségügyi nyilatkozatot, a táborozást megelőző négy napon belül kell kiállítani, és a táborba szállás megkezdése előtt a táborparancsnok részére át kell adni.