



BUDAVÁRI
ÖNKORMÁNYZAT

NYILATKOZAT

A táborban résztvevő gyermek egészségi állapotáról

.....(igénybe vett időszakra vonatkozóan)

Budapest I. Kerület Budavári Önkormányzat által szervezett

Nyári Napközis Táborba való felvételhez

A nyilatkozatot tábor igénybevételének első napján kérjük leadni a táborvezetőnek!

(nem kell előre leadni)

Minden héten kérjük újra kitölteni!

Alulírott

(a nyilatkozatot kiállító szülő/törvényes képviselő neve)

.....

(nyilatkozatot kiállító szülő/törvényes képviselő születési helye és ideje)

.....

(a nyilatkozatot kiállító szülő/törvényes képviselő lakcíme)

nyilatkozom arról, hogy a gyermekemen

1. A gyermek neve:
2. A gyermek születési dátuma:.....
3. A gyermek lakcíme:.....
4. A gyermek édesanyjának neve:.....

nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

Láz

Torokfájás

Hányás

Hasmenés

Bőrkirütés

Sárgaság

Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés

Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

A gyermek tetű- és rühmentes

Budapest I. Kerület Budavári Önkormányzat
Szociális és Intézménytámogatási Iroda
Központi telefonszám: (+36) 1 458-3000
Cím: 1014 Budapest, Kapisztrán tér 1.
Levelezési cím: 1276 Budapest, Pf. 1198.
KRID: 131973180



Jelen nyilatkozatban lévő adatok kezeléséhez hozzájárulok a nyári napközis tábor szervezője, mint adatkezelő (a továbbiakban: Adatkezelő) részére. Tudomásul veszem, hogy az adatok kezelése a nyári táborban való részvételhez szükséges, és a gyermekek táboroztatásának közegészségügyi feltételeiről szóló 6/2025. (II.25.) BM rendeleten alapul.

Kelt,

.....
szülő/törvényes képviselő neve

.....
szülő/törvényes képviselő aláírása

