



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 gyógyszer(eke)t kell szednem, amelyeket biztosítom magamnak:

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.

Én 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

.....

(aláírás)

.....

(orvos vagy törvényes képviselő aláírása)*

A nyilatkozatot aláíró orvos bélyegzője, vagy a 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.