

# **TISZTELT SZÜLŐK, akiknek gyermekei az IDŐUTAZÓ TÁBORBA jönnek!**

**Kedves Táborozó Gyerekek!**

---

**A tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről szóló 12/1991. (V. 18.) NM rendelet módosítása alapján a továbbiakban nem a házi orvostól kell a táborozáshoz egészségügyi alkalmasságot bizonyító orvosi igazolás beszerezni, hanem a táborozást megelőző négy nap időtartama alatt a szülőnek (gondviselőnek) kell nyilatkoznia a táborozni kívánó gyermeke egészségügyi állapotáról, amely iratot a táborban kell tartani a táborozás ideje alatt. A nyilatkozatokat a táborozást megelőző napokban kell összegyűjteni.**

Ezek alapján kérem Önöket, hogy a - mellékelt tartalmú és formátumú – **nyilatkozatokat a következő időpontban SZEMÉLYESEN hozzák be a Zrínyi Miklós Általános Iskolába: 2024. július 7- án, vasárnap 18:00 – és 19:00 óra között.**

**Aki ezt elmulasztja, gyermekét kizárja a táboroztatásból!**

A Nyilatkozat formanyomtatványát megtalálja az iskola honlapján: [www.zrinyi.net](http://www.zrinyi.net), ahonnan letölthető. Kérem, hogy nyomtassák ki a Nyilatkozat szövegét, töltsék ki, majd a megjelölt időpontban hozzák be az iskolába!

Akinek a nyomtatásra nincs lehetősége, június 27-ig, kérheti a Nyilatkozat nyomtatványát az iskola irodájában, vagy július 7-én, vasárnap este 18.00 – 19.00 óra között, a leadás időpontjában, az iskolában is kitöltheti.

---

2024. június 25.

Nagy Péter  
+36702494216

# SZÜLŐI NYILATKOZAT

Alulírott .....  
(a szülő, gondviselő neve nyomtatott betűkkel), a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről szóló 12/1991. (V. 18.) NM rendelet módosítása alapján a XVII. kerületi Önkormányzat Káptalanfüredi Ifjúsági Táborában a Zrínyi Miklós Általános Iskola által szervezett **Világlátó tábor** (2024. július 8 – 13) táborozni kívánó gyermekem egészségügyi állapotáról az alábbiakban teszek nyilatkozatot.

A gyermekem neve: .....

A gyermekem születési dátuma: .....

A gyermekem lakcíme: .....

A gyermekem anyjának (leánykori) neve: .....

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

Láza: .....

Torokfájása: .....

Hányás: .....

Hasmenése: .....

Bőrkiütése: .....

Sárgaság: .....

Egyéb súlyosabb bőrelváltozása, bőrgennyedése: .....

Váladékozó szembetegsége, gennyes fül- és orrfolyása: .....

A gyermekem tetű- és rühmentes.

A nyilatkozat kiállításának dátuma (legkorábban három nappal a tábor megkezdése előtt):

.....

A nyilatkozatot kiállító szülő (gondviselő vagy törvényes képviselő aláírása):

.....

lakcíme: .....

telefonos elérhetősége: .....