

TISZTELT SZÜLŐK!

akiknek gyermekei az **TITOKTÁBORBA** 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 háziorvostól 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: 2018. július 1-Én, vasárnap, 18.00 – és 19.00 óra között.**

Aki ezt elmulasztja, gyermekét kizárja a táboroztatásból!

A Nyilatkozat formanyomtatványát megtalálja az iskola honlapján: 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 július 1-Én, vasárnap este 18.00 – 19.00 óra között, a leadás időpontjában, az iskolában is kitöltheti.

2018. június 20.

SZANYI DEZSŐ

06-30-8470437

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 **TITOKtáborban** (2018. július 2 – 9) táborozni kívánó gyermekem egészségügyi állapotáról az alábbiakban teszek nyilatkozatot. (Kérem, hogy valamennyi sort töltsék ki értelemszerűen!)

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:

.....

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

.....

lakcíme:

azonnali telefonos elérhetősége:

.....