

NYÁRI ÚSZÓTÁBOR ADATLAP

Güttler-Ágh Úszóiskola

TURNUS:

CSOPORTBEOSZTÁS:

TÁBOROZÓ GYERMEK NEVE:

SZÜLETÉSI DÁTUMA: TAJ SZÁMA:

LAKCÍME:

SZÜLŐ/GONDDVISELŐ NEVE:

SZÜLŐ/GONDDVISELŐ TELEFON, EMAIL:.....

ÚSZOTT-E MÁR VALAHOL (HA IGEN HOL?):

SZÜLŐ/GONDDVISELŐ NYILATKOZATA

Alulírott ezúton kijelentem, hogy gyermekemen **nem észlelhetőek a következő tünetek**, melyek a közösségi csoportos foglalkozást kizárják: **láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, gombafertőzés, egyéb súlyos bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, valamint a gyermek tetű és rühmentes. A tábor házirendjét és szabályait tudomásul vettem és aláírással elfogadom.**

Gyógyszer vagy egyéb allergia: nincs van

(ha van allergia, mire:)

Budapest, 20..... hó nap

szülő/gondviselő aláírása

ÁTVETTEM: _____

NYÁRI ÚSZÓTÁBOR ADATLAP

Güttler-Ágh Úszóiskola

TURNUS:

CSOPORTBEOSZTÁS:

TÁBOROZÓ GYERMEK NEVE:

SZÜLETÉSI DÁTUMA: TAJ SZÁMA:

LAKCÍME:

SZÜLŐ/GONDDVISELŐ NEVE:

SZÜLŐ/GONDDVISELŐ TELEFON, EMAIL:.....

ÚSZOTT-E MÁR VALAHOL (HA IGEN HOL?):

SZÜLŐ/GONDDVISELŐ NYILATKOZATA

Alulírott ezúton kijelentem, hogy gyermekemen **nem észlelhetőek a következő tünetek**, melyek a közösségi csoportos foglalkozást kizárják: **láz, torokfájás, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, gombafertőzés, egyéb súlyos bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás, valamint a gyermek tetű és rühmentes. A tábor házirendjét és szabályait tudomásul vettem és aláírással elfogadom.**

Gyógyszer vagy egyéb allergia: nincs van

(ha van, allergia, mire:)

Budapest, 20..... hó nap

szülő/gondviselő aláírása

ÁTVETTEM: _____