

CSI 2024

SZÜLŐI EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT 18 ÉVEN ALULI GYERMEK RÉSZVÉTELÉHEZ

(A szülő/törvényes képviselő tölti ki, legfeljebb 4 nappal a gyermek érkezése előtt)

Crescendo Nyári Akadémia
2024. július 21 – augusztus 2.

Résztevő gyermek

neve: _____

anyja neve: _____

születési helye: _____

ideje: _____

lakcíme: _____

TAJ száma: _____

Nyilatkozom arról, hogy gyermekemen nem észlelhetők az alábbi tünetek: torokfájás, láz, hányás, hasmenés, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozások, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás, valamint gyermekem tetű-, és rühmentes.

Gyógyszerallergia: nincs / van: _____

Étel érzékenység: nincs / van: _____

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő

neve: _____

lakcíme: _____

telefonszáma: _____

Jelen nyilatkozatot gyermekem fenti időpontban megjelölt Crescendo Nyári Akadémián való részvételéhez adtam ki.

_____, 2024. _____ hó ____ nap

.....
szülő (törvényes képviselő) aláírása