**Egészségügyi nyilatkozat**

**a nyári gyermekfelügyeleten való részvételhez**

**A nyilatkozatot a felügyelet igénybe vételének első napján, a csoportvezetőnek kell átadni!**

A gyermek neve:...........................................................................................................................

A gyermek iskolája: Aquincum Angol-Magyar Két Tanítási Nyelvű Ált. Iskola – 1031 Bp., Arató E. tér 1.

A gyermek születési dátuma: ………..……év …………………..………..…hó …………nap

A gyermek lakcíme:......................................................................................................................

A gyermek szülőjének/törvényes képviselőjének neve:...............................................................

A gyermek anyjának neve:............................................................................................................

A gyermek TAJ-száma:................................................................................................................

**Nyilatkozom arról, hogy a gyermeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:**

láz / torokfájás / hányás / hasmenés / bőrkiütés / sárgaság / egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés / váladékozó szembetegség / gennyes fül- és orrfolyás, valamint a gyermek tetű- és rühmentes.

Amennyiben a gyermeknél ismert allergia, érzékenység áll fenn, vagy krónikus, rendszeresen visszatérő betegsége van, vagy a tábor ideje alatt rendszeresen gyógyszert kell szednie, kérjük, nevezze meg a betegséget és a szedett gyógyszer(ek) pontos típusát (hatóanyag tartalommal együtt), a szedés gyakoriságát és rendjét:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Nyilatkozom, hogy a gyermek átadott személyes és egészségügyi adatainak – az adatvédelemmel kapcsolatos jogszabályok és az adatkezelési nyilatkozatomban meghatározottak szerinti – célhoz kötött kezeléséhez hozzájárulok. Nyilatkozom, hogy a feltételeket megismertem, és ezek ismeretében gyermekemet elengedem a nyári gyermekfelügyeletre. A nyilatkozatot kiállító szülő/törvényes képviselő

neve:……………………………………………………………………………………

lakcíme:.…………………………………………………………………..……………

telefonszáma:……………………………………………………………………………

………………………………………..

Aláírás

Kelt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 2020.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hó \_\_\_\_\_\_\_napján.