**Egészségügyi nyilatkozat kalandtáborhoz, 2024**

a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről szóló 12/1991. (V.18.) NM rendelet 2. sz. melléklete alapján

Tábor ideje: 2024.07.15.-tól 2024.07.19.-ig

1. A táborozó neve:……………………………….……………………………………………………….
2. A táborozó születési helye és dátuma: ……………………………………………………………….
3. A táborozó lakcíme: ……………………………………………………………………………………
4. A táborozó anyja neve: ……………………………………………………………………………
5. Nyilatkozat arról, hogy a táborozón nem észlelhetőek az alábbi tünetek:
6.  nincs torokfájás,
7.  nincs hányás,
8.  nincs hasmenés,
9.  nincs bőrkiütés,
10.  nincs sárgaság,
11.  nincs egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés,
12.  nincs váladékozó szembetegség, gennyes fül-, és orrfolyás,
13.  a gyermek tetű-, és rühmentes.
14. Gyógyszerallergia:  nincs  van, éspedig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
15. Ételérzékenység, diabetesz: …………………………………………………………………………….
16. Egyéb érzékenység (méh- vagy darázscsípés, állatszőr stb.)…………………. …………..……………………………………………………………………………………………....
17. A táborozás során az alábbi gyógyszereket kell szednie a táborozónak, amelyeket magának biztosít:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gyógyszer megnevezése | Étkezés előtt/után | Rendszeresség | Adagolás |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Tetanusz oltást kapott:   NEM  IGEN: oltás ideje: \_ \_ \_ \_ . év \_ \_ hó \_ \_ . nap

|  |
| --- |
| **NYILATKOZAT***SARS-CoV-2 koronavírussal és COVID-19 világjárvánnyal összefüggésben* |
| A táborozón fáradékonyság tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón légszomj tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón száraz köhögés tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón izomfájdalom tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón orrdugulás tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón orrfolyás tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón hasi fájdalom tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón részleges szaglásvesztés tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón teljes szaglásvesztés tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón étvágytalanság tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozón ízérzékelési zavar tünete észlelhető | □ NEM □ IGEN |
| A táborozó fertőzött személlyel kontaktusba került | □ NEM □ IGEN |
| A táborozó külföldön fertőzött országban járt | □ NEM □ IGEN |
| A táborozó ilyen személlyel kontaktusba került | □ NEM □ IGEN |
| A táborozóra bármely fenti igaz volt az elmúlt 14 napban | □ NEM □ IGEN |

1. A COVID-19 járvánnyal kapcsolatosan egyéb közlendők: …………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve:………………………………………………………………

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

telefonos elérhetősége:…………………………………………………..……………….…………………….

e-mail elérhetősége:……………………………………………………….……………..….............................

Jelen nyilatkozatot gyermekem 2024. évi, fenti időpontban megjelölt táborozásához adtam ki.

Kelt: …………………………………….., 2024………………………hónap …………nap

 …………………….…………………………………...

 nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása