



EGÉSZSÉGÜGYI NYILATKOZAT¹ **Családi Erzsébet-táborban való részvételhez**

A gyermek neve:.....

A gyermek születési dátuma:évhónap

A gyermek lakcíme:.....

A gyermekanyjának neve:

A gyermek TAJ-száma/útleve száma:.....

A gyermek úszástudása (amennyiben az adott időszakban releváns): nem tud tud

Nyilatkozom arról, hogy a gyermek egészségügyi állapota lehetővé teszi a táborozáson való részvételt, a gyermekeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

Láz; Torokfájás; Hányás; Hasmenés; Bőrkiütés; Sárgaság; Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés; Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

Nyilatkozom továbbá, hogy a gyermek tetű- és rühmentes.

Nyilatkozom, hogy a gyermek az alábbi speciális diétás étrendet követi:

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

¹ A nyilatkozat a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről szóló 12/1991. (V.18.) NM rendelet 4.§ (2) és (2a) bekezdései alapján kerül kitöltésre.

„A gyermek törvényes képviselője a 2. melléklet szerinti adattartalmú, a táborozást megelőző négy napon belül kiállított nyilatkozattal igazolja a táborozásban részt vevő gyermek megfelelő egészségi állapotát a táborozás megkezdése előtt. A nyilatkozathoz szükséges nyomtatványt – a táborozáshoz szükséges egyéb iratokkal együtt – a táborozás szervezője adja át kitöltés céljából.”

„Az iratokat a táborozás szervezőjéhez – az általa megállapított határidőig – kell visszajuttatni. A nyilatkozatot legkésőbb a táborozás megkezdésekor a táborozás szervezőjének kell átadni. A nyilatkozatot a táborozás ideje alatt a tábor helyszínén kell tartani.”



Tudomásul veszem, hogy a Családi Erzsébet-tábor ideje alatt a helyszínen állandó szakorvosi és szakápolói készenléletet és ellátást biztosít az Alapítvány. Jelen nyilatkozat aláírásával hozzájárulok ahhoz, hogy az Alapítvány által biztosított egészségügyi személyzet, a tábor ideje alatt a gyermek szükség szerinti egészségügyi ellátásáról maradéktalanul gondoskodjon, szükség esetén gyermekemet a tábor orvosa a tábor ideje alatt megvizsgálja, ellássa.

Nyilatkozom, hogy a gyermek átadott személyes és egészségügyi adatainak – az adatvédelemmel kapcsolatos jogszabályok és az adatkezelési nyilatkozatomban meghatározottak szerinti – célhoz kötött kezeléséhez hozzájárulok. A nyilatkozatot kiállító szülő/törvényes képviselő

neve:

lakcíme:

telefonszáma:

Tudomásul veszem, hogy az Alapítvány adataim kezelését a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatóságnál bejelentette. A Hatóság az adatvédelmi nyilvántartásba vételi kérelemnek helyt adó határozata alapján az adatkezelés nyilvántartási száma NAIH-118297/2017.

Kelt:, 2018.hónapján.

.....
Aláírás

.....
(név nyomtatott betűvel)
Táborozó törvényes képviselője