



## Keresztury Dezső Városi Művelődési Központ

8900 Zalaegerszeg, Landorhegyi út 21.

Tel: (92) 314-120 Fax: (92) 815-522

Web: [www.kereszturyvmk.hu](http://www.kereszturyvmk.hu)

Mail: [info@kereszturyvmk.hu](mailto:info@kereszturyvmk.hu)

Facebook: <https://www.facebook.com/KereszturyVMKZeg>

### EGÉSZSÉGÜGYI ADATLAP

#### NYÁRI NAPKÖZBENI ELLÁTÁS 2022.

##### Személyes adatok

Név:.....

Oktatási azonosító: \_\_\_\_\_

Születési hely, dátum: ....., \_\_\_\_ . év ..... hó \_\_ . nap

Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám): \_\_\_\_\_

Édesanyja születési neve: .....

Lakcím: \_\_\_\_\_

Telefonszám: .....

##### Egészségügyi állapot

A táborozón LÁZ tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón TOROKFÁJÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón HÁNYÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón HASMENÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón BŐRKIÜTÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón SÁRGASÁG tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón BÖRGENNYEDÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón EGYÉB SÚLYOS BŐRELVÁLTOZÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón VÁLADÉKOZÓ SZEMBETEGSÉG tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón GENNYES FÜL- ÉS ORRFOLYÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozó TETŰ- ÉS RÜHMENTES	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

Gyógyszerallergia:  NEM  IGEN:  
 .....  
 Egyéb allergia (pl.: pollen, állatszőr, stb.):  NEM  IGEN:  
 .....  
 Ételallergia vagy diéta:  NEM  IGEN:  
 .....

**A táborozás során az alábbi gyógyszereket kell szednem, amelyeket magamnak biztosítok:**

Gyógyszer megnevezése	Étkezés előtt/után	Rendszeresség	Adagolás

Egyéb közlendő: .....  
 .....  
 .....

**Nyilatkozat**

Alulírott jelen nyilatkozatot a  magam nevében  a táborozó törvényes képviselőjeként és a táborozó gyermek felett szülői felügyeletet gyakorlóként a táborozó nevében és helyett teszem.

*(a megfelelő megjelölendő!)*

Kelt: Zalaegerszeg, 2022. év ..... hó \_ \_ . nap

.....  
*(a táborozó aláírása)*

.....  
*(törvényes képviselő aláírása)\**

\*: Ha a nyilatkozattevő még nem töltötte be a 18. életévét, akkor a törvényes képviselőjének (szülő/szülői felügyeleti jog gyakorlója) is alá kell írnia, és meg kell adnia a saját adatait és elérhetőségét. Az adatlapot és az egészségügyi nyilatkozatot a táborozást megelőző négy napon belül kell kiállítani, és legkésőbb a táborozás megkezdése előtt a tábor szervezet/intézmény felőli kapcsolattartója részére át kell adni. A nyilatkozatot a táborozás ideje alatt a tábor helyszínén kell tartani.