

Magyar Mennydörgő Egyesület

VARÁZS Tábor 2024

A tábor időpontja: 2024. július 15-19.

A tábor helyszíne: Apátkúti Erdei Általános Iskola

2025 Visegrád, Apátkúti völgy 03/157.hrsz.

A szülői nyilatkozat kitöltése az eseményen való részvétel feltétele. A nyilatkozatot **küldjék el nekünk** szkennelve/fényképezve az elokeszito@varazslotabor.hu címre és **hozzák magukkal** a táborba!

Gyermek neve:

Lakcíme:

Születési helye, ideje:

Édesanyja neve:

Szülő/gondviselő telefonszáma:

E-mail címe:

Aláírással igazolom, hogy gyermekemen a következő tünetek egyike sem észlelhető:

- láz
- torokfájás
- hányás
- hasmenés
- bőrkiütés
- sárgaság
- egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
- váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

Aláírással igazolom, hogy gyermekem nem szenved fertőző betegségben, továbbá tetű- és rühmentes.

Van-e gyógyszerallergiája? Ha igen, kérem adja meg a gyógyszer(ek) nevét

.....

Van-e más allergiája (pollen, étel, rovar) vagy más tartósan fennálló egészségügyi problémája?

.....

Tartós szedés esetén kezelésre felírt gyógyszer(ek) neve, szedési módja

.....

Aláírással:

- hozzájárulok gyermekem a VARÁZS Tábor nevű 2024. július 15. - 19. között megrendezésre kerülő eseményen való részvételéhez, ÉS
- megerősítem, hogy a kitöltött online Jelentkezési lapon szereplő adatok a valóságnak megfelelnek, ÉS
- hozzájárulok ahhoz, hogy a gyermekem részvételével a tábor során kép- illetve videófelvétel készüljön a tábori programokról és azokat a szervezők megosszák a táborozók törvényes képviselőivel, illetve válogatást követően az egyesület média felületein, ÉS
- aláírással a tábor Házirendjét elfogadom, gyermekemre nézve kötelező érvényűnek tekintem.

Kelt.:

.....

(helység, dátum)

szülő/gondviselő aláírása