



1. számú melléklet Egészségügyi nyilatkozat

Táborozó személyes adatai

Név:
Születési hely, dátum:, ____ . év hó __ . nap
Társadalombiztosítási azonosító jel (TAJ szám): _____
Édesanyja születési neve:
Lakcím: ____, ____ .

Törvényes képviselő személyes adatai

Név:
Telefonszám:
E-mail:
Lakcím: ____,

Egészségügyi állapot

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

Tetanusz oltást kaptam: NEM IGEN: oltás ideje: ____ . év __ hó __ . nap

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!)

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 BŐRGENNYEDÉS 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 FŰL- ÉS ORRFOLYÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozó TETŰ- ÉS RÜHMENTES	<input type="checkbox"/> NEM	<input type="checkbox"/> IGEN

NYILATKOZAT		
<i>SARS-CoV-2 koronavírussal és COVID-19 világjárvánnyal összefüggésben</i>		
A táborozón FÁRADÉKONYSÁG tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón LÉGSZOMJ tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón SZÁRAZ KÖHÖGÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón IZOMFÁJDALOM tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón ORRDUGULÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón ORRFOLYÁS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón HASI FÁJDALOM tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón RÉSZLEGES SZAGLÁSVESZTÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón TELJES SZAGLÁSVESZTÉS tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón ÉTVÁGYTALANSÁG tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozón ÍZÉRZÉKELÉSI ZAVAR tünete észlelhető	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozó FERTŐZÖTT SZEMÉLLEL kontaktusba került	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozó külföldön FERTŐZÖTT ORSZÁGBAN járt	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozó ILYEN SZEMÉLLEL kontaktusba került	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM
A táborozóra BÁRMELY FENTI IGAZ VOLT az elmúlt 14 napban	<input type="checkbox"/> IGEN	<input type="checkbox"/> NEM

Alulírott a COVID-19 járvánnyal kapcsolatosan az alábbi egyéb közlendőket adom elő:

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

Alulírott a táborozással kapcsolatosan és az egészségi állapotommal összefüggésben az alábbi egyéb közlendőket adom elő:

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

Alulírott kijelentem, hogy a táborozásra alkalmas vagyok, táborozásomnak és a tábor programjain való részvételemnek egészségügyi akadálya nincs. Alulírott jogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a megadott adatok és a fenti nyilatkozatok a valóságnak megfelelnek.

Kelt:, 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 adattapot 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.*



1. számú melléklet

NYILATKOZAT

TÁBOROZÓ NEVE

TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ NEVE:

.....

.....

Alulírott tudomásul veszem, hogy a megadott személyes adatok, ekként tehát a gyermek személyes adatai, a gyermek a személyes adatok különleges kategóriába tartozó személyes adatai, és a saját személyes adataim (a továbbiakban: Személyes Adatok) kezelése az Adatvédelmi Tájékoztató szerint valósul meg.

Alulírott kijelentem, hogy az Adatvédelmi Tájékoztatót elolvastam, megismertem és megértettem, az abban foglaltakat tudomásul vettem és kifejezetten elfogadtam.

Alulírott kifejezetten kijelentem, hogy a Szerződés szerinti szolgáltatások nyújtása céljából a személyes adatok, így a Szerződés megkötésével és teljesítésével összefüggésben megadott személyes adatok jogszabályoknak megfelelő kezeléséhez ezúton kifejezetten hozzájárulok.

Alulírott jogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy a megadott személyes adatok a valóságnak megfelelnek.

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kijelentem, hogy az Egészségügyi Nyilatkozatot kitöltöttem, azt a nyári tábor megkezdése előtt átadtam a Szervező részére.

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával jogi felelősségem teljes tudatában kijelentem, hogy az Adatlapon, valamint az Egészségügyi Nyilatkozatban megadott adatok a valóságnak megfelelnek.

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kijelentem, hogy a nyári táborban történő részvételemnek egészségügyi, mentális és fizikai akadálya nincsen, a táborban és annak körében szervezeten programokban történő részvételre teljes mértékben alkalmas vagyok.

Alulírott jelen nyilatkozat aláírásával kifejezetten kijelentem, hogy a nyári napközis táborban történő részvételem során a SARS-CoV-2 koronavírus és COVID-19 világjárvánnyal összefüggésben biztosított járványügyi védőeszközöket használom és a kihelyezett fertőtlenítőket igénybe veszem, valamint a Szervező által bevezetett járványügyi intézkedéseket, szabályokat magamra nézve kötelezőnek ismerem el.

Kelt:, 2021. 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.