ČESTNÉ VYHLÁSENIE O ZDRAVOTNOM STAVE ÚČASTNÍKA TÁBORA
FUN PARK

Meno:

Adresa:

Dlhodobo užíva tieto lieky: ...........................................................................................

Má alergiu na tieto lieky: ..............................................................................................

Má alergiu na tieto potraviny: .......................................................................................

Má alergiu na poštípanie hmyzom: NIE ÁNO

Iné alergie: ........................................................................................................

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

Posledné očkovanie proti tetanu: ......................................................................

Vážne choroby, ktoré dieťa prekonalo: .................................................................

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

Iné upozornenia na zdravotný stav dieťaťa: ..........................................................

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

Má so sebou tieto lieky:...............................................................................................

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

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

Po zdravotnej stránke je schopný/á zúčastniť sa na dennom tábore vo Fun Parku.

V Košiciach dňa ...................................

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

 podpis zákonného zástupcu