ČESTNÉ VYHLÁSENIE O ZDRAVOTNOM STAVE ÚČASTNÍKA LETNÉHO TÁBORA

Meno: .................................................... Rodné číslo: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

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: ......................................................................

Ostatné očkovania, ktoré dieťa podstúpilo: .......................................................

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

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

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

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

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

Má zo sebou tieto lieky:...............................................................................................

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

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

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

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

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

 podpis zákonného zástupcu