



**Szülői nyilatkozat a Ceglédi Lovaskör SE.  
(Füle tanya) táborában résztvevő  
kiskorú gyermek egészségügyi alkalmasságáról**

Gyermek neve: .....

Gyermek születési dátuma: .....

Gyermek lakcíme: .....

Gyermek édesanyjának neve: .....

Alulírott nyilatkozom arról, hogy

- gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

láz,

torokfájás,

hányás,

hasmenés,

bőrkiütés,

sárgaság,

egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés,

váladákozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás,

- gyermekem tetű- és rühmentes.

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: .....

lakcíme: .....

telefonos elérhetősége: .....

.....  
törvényes képviselő aláírása

A nyilatkozat kiállításának dátuma: .....