

## NYILATKOZAT

Gyermek neve: .....

Anyja neve: .....

Születési helye és ideje: .....

Lakcíme: .....

Alulírott, ..... jelen nyilatkozat aláírásával nyilatkozom arról, hogy:

- a fentiekben megnevezett gyermekemen a labdarúgó tábor megelőző négy napban nem észlelhetőek a következő tünetek
  - láz,
  - torokfájás,
  - hányás,
  - hasmenés,
  - bőrkiütés,
  - sárgaság,
  - egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés,
  - váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás,
- valamint a gyermekem tetű- és rühmentes;
- valamint a gyermekem egészséges és fizikailag/mentálisan megfelelő állapotban van ahhoz, hogy a CIB Itália Focitáborban részt vegyen

Kelt: ....., 2018. ....

\_\_\_\_\_  
Törvényes képviselő

Lakcíme: .....

Telefonszáma: .....