**Roller Camp Jelentkezési Lap**

1. Név:…………………..… (szül.év:………hónap:………nap:…… anyja neve:

**Alulírott**…………………………………………….(szülő, törvényes képviselő neve)

Telefon:……………………………………..Email:……………………………………………

Lakcím: ……………………………………………………..

**kérem gyermekem felvételét a Factory Sport Aréna Roller táborba az alábbi megjelölt időpontban! (kérjük, X-el jelölje!)**

**Roller Camp turnusok:**

 **1.** 2021. július 11-16.

 **2.**  2021. augusztus 9 - 13. 

 Részvételi díj: 55.000 Ft

 Roller Club tagok részére: 48.000 Ft

A turnusok 15fő esetén indulnak el!

|  |  |
| --- | --- |
| **GYERMEK NEVE:** |  |
| **TAJ kártya szám** |   |
| **ÉTELÉRZÉKENYSÉG** |   |
| nincs |   |
| laktóz |   |
| glutén |   |
| egyéb  |   |
| **ALLERGIA**  |   |
| megnevezés |   |
| **GYÓGYSZERÉRZÉKENYSÉG** |   |
| megnevezés |   |

**Kijelentem, hogy gyermekem egészséges és fizikailag terhelhető foglalkozáson részt vehet.**

Dátum:

Törvényes képviselő aláírása:………………………………………..

factorytabor@gmail.com

*2. melléklet a 12/1991. (V. 18.) NM rendelethez*

**Szülői nyilatkozat**

a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről

szóló *12/1991. (V. 18.) NM rendelethez*

* A gyermek neve: ………………………………………………………………………
* A gyermek születési dátuma:………………………………………………………..
* A gyermek lakcíme:…………………………………………………………………..
* A gyermek anyjának neve:…………………………………………………………..
* Nyilatkozat arról, hogy
	+ a gyermeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:
		- Láz
		- Torokfájás
		- Hányás
		- Hasmenés
		- Bőrkiütés
		- Sárgaság
		- Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés
		- Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás
	+ a gyermek tetű- és rühmentes
* A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve, aláírása, lakcíme, telefonos

elérhetősége: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DÁTUM:

……………………………………………………

 törvényes képviselő aláírása