

# Szülői Nyilatkozat

2020.

**Leadási határidő:** A kitöltött nyilatkozatot az eseményt megelőző három napon belül, de legkésőbb az esemény kezdőnapján kell átadni a szervezőknek.

Jelen nyilatkozat kitöltésével igazolom, hogy

Gyermekem (részvevő neve): \_\_\_\_\_

Részvevő személyigazolvány száma: \_\_\_\_\_

Részvevő születési ideje: \_\_\_\_\_ év \_\_\_\_\_ hónap \_\_\_\_\_ nap

Részvevő lakcíme:  
\_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ település \_\_\_\_\_ (utca, út, stb.) \_\_\_\_\_ házszám

részt vehet a 2020-ban megrendezésre kerülő Fagyott Világ elnevezésű élő szerepjátékon.

## **Kérem X-el jelölje a megfelelő választ! (A részvevőnek van(nak) e ilyen tünetei)**

Hányás:  nincs  van

Hasmenés:  nincs  van

Bőrkiütés:  nincs  van

Váladékozó szembetegség:  nincs  van

Gennyes fül-, és orrfolyás:  nincs  van

Gyógyszerallergia:  nincs  van: \_\_\_\_\_

Ételallergia:  nincs  van: \_\_\_\_\_

Gyermekem tetű-, és rühmentes:  igen  nem

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő lakcíme:  
\_\_\_\_\_ ir.szám \_\_\_\_\_ település \_\_\_\_\_ (utca, út, stb.) \_\_\_\_\_ házszám

A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő telefonszáma: +36 \_\_\_\_\_

Kelt.:

\_\_\_\_\_  
nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő aláírása

Kérdések esetén további tájékoztatás kapható:

info@fagyottvilag.hu e-mail címen vagy weboldalunkon: <https://www.fagyottvilag.hu/>