**NYÁRI KOSÁRLABDA TÁBOR**



**JELENTKEZÉSI LAP**

**RÉSZTVEVŐ ADATAI**

**NÉV:**

**SZÜLETÉSI HELY, DÁTUM:**

**LAKCÍM:**

**TELEFONSZÁM (HA VAN):**

**TAJ SZÁM:**

**EGYÉB FONTOS INFORMÁCIÓK (orvosi kezelés, kötelező gyógyszerek, korábbi sérülések, allergia, ételérzékenység):**

**SZÜLŐ (TÖRVÉNYES KÉPVISELŐ) ADATAI:**

**NÉV:**

**MOBIL TELEFONSZÁM** (probléma esetén bármikor hívható):

**E-MAIL CÍM:**

**A tábori turnusok (a kiválasztottat aláhúzni):**

**2021. június 16-18. 2021. június 21-25.**

**I. turnus részvételi díja: 17 000 Ft II. turnus részvételi díja: 28 500 Ft**

**A részvételi díj első összegének, 10 000 Ft befizetésének határideje: 2021. június 10.**

**A részvételi díj fennmaradó összegének befizetési határideje: 2021. június 16.**

**A részvételi díjat a Cívis Kosárlabda Klub Kft bankszámlájára utalással kell befizetni.**

**Bankszámlaszám: ERSTE Bank : 11600006-00000000-44962713**

**ALÁÍRÁS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**A jelentkezési lap aláírásával kijelentem, hogy minden szükséges információt átadtam, gyermekem egészséges és részt vehet a Nyári Kosárlabda Táborban, a tábor költségeit vállalom és teljesítem. A mellékelt nyilatkozatot a tábor kezdetén aláírva átadom.**

NYILATKOZAT

1. A gyermek neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. A gyermek születési dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. A gyermek lakcíme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. A gyermek anyjának neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Nyilatkozat arról, hogy gyermeken nem észlelhetőek az alábbi tünetek:

5.1.1. Láz

5.1.2. Torokfájás

5.1.3. Hányás

5.1.4. Hasmenés

5.1.5. Bőrkiütés

5.1.6. Sárgaság

5.1.7. Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés

5.1.8. Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

5.2. a gyermek tetű- és rühmentes

6. A nyilatkozatot kiállító törvényes képviselő neve, aláírása, lakcíme, telefonos elérhetősége:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

név - aláírás

Lakcím: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. A nyilatkozat kiállításának dátuma: 2021.