**X. Békéscsabai Harsonás Napok**

**szülői nyilatkozat**

Résztvevő gyermekem neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Születési hely és dátuma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Édesanyja neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Törvényes képviselő neve: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonos elérhetősége: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ezúton kijelentem, hogy gyermekemen és közvetlen környezetében nem észlelhetők az alábbi tünetek: sárgaság, torokfájás, hasmenés, hányás bőrkiütés, láz, ízérzékelés elvesztése, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül-és orrfolyás, a résztvevő tetű és rühmentes.

Tudomásul veszem, hogy a gyermekem értéktárgyaiért a szervezők semmilyen felelősséget nem tudnak vállalni.

**Jelen nyilatkozat eredeti aláírt példányát a regisztráció alkalmával kérjük leadni.**

……………………………..

Aláírás

kelt:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,2025.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_.