**2024. FPS Extreme Games NYÁRI LÉZERHARC TÁBOR**

**JELENTKEZÉSI LAP**

………………………..… nevű (szül.év:………hónap:………nap:…… anyja neve:…………………….)

………………………..… nevű (szül.év:………hónap:………nap:…… anyja neve:…………………….) ………………………..… nevű (szül.év:………hónap:………nap:…… anyja neve:…………………….)

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

Telefon:……………………………………..E-mail:………………………………………………………..

Lakcím: ………….…………………………………………………………………………………………..

**kérem gyermekem (-eim) felvételét a FPS Extreme Games NYÁRI LÉZERHARC TÁBORBA az alább megjelölt időpontban! (kérjük, X-el jelölje!)**

**Nyári Lézerharc tábor Factory Sport Aréna (Részvételi díj: 44 000 Ft)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2024.június 24 - 28. |  | 2024.július 1. - 5. |  |
| 2024. július 8 - 12. |  | 2024. július 15 -19. |  |
| 2024. július 22 - 26. |  | 2024. július 29 – augusztus 2. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2024. augusztus 5 – 9. |  | 2024.augusztus 12 - 16. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **GYERMEK NEVE:** | 1. | 2. | 3. |
| **TAJ kártya szám** |  |  |  |
| **ÉTELÉRZÉKENYSÉG** |  |  |  |
| nincs |  |  |  |
| laktóz |  |  |  |
| glutén |  |  |  |
| egyéb |  |  |  |
| **ALLERGIA** |  |  |  |
| megnevezés |  |  |  |
| **GYÓGYSZERÉRZÉKENYSÉG** |  |  |  |
| megnevezés |  |  |  |

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

Dátum: 2024. ……………………

………………………………………………………………..

törvényes képviselő aláírása

A jelentkezési lapot aláírva az lezerharctabor@fps.co.hu e-mail címre várjuk!

*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: 2024. ……………………

………………………………………………………………..

törvényes képviselő aláírása