

JCAMP tábor

egészségügyi űrlap - 2026.04.30.-05.03.

Résztvevő adatai

Vezetéknév: Utónév:

Anyja neve:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Magasság: cm Tömeg: kg

Sürgősségi kapcsolattartó adatai 1

Vezetéknév: Utónév:

Kapcsolat:

Otthoni telefonszám: Mobil:

Munkahelyi telefonszám: e-mail:

Sürgősségi kapcsolattartó adatai 2

Vezetéknév: Utónév:

Kapcsolat:

Otthoni telefonszám: Mobil:

Munkahelyi telefonszám: e-mail:

Aktuális egészségügyi információk

Van/volt:

- ☐ Asztmája
- ☐ Cukorbetegsége
- ☐ Mumpsza
- ☐ Kanyarója
- ☐ Bárányhimlője

Ha igen, kérjük,
jelölje meg az
idejét, jelenlegi
státuszát, valamint
a szükséges
kezeléseket!

Allergiák:

- ☐ Rovarcsípések / Méh
- ☐ Gyógyszer
- ☐ Pollen / por
- ☐ Étel
- ☐ Egyéb

Kérjük, részletezze
az allergéneket,
illetve adja meg a
szükséges
gyógyszeres
ellátást!

Szed a Résztevő rendszeresen gyógyszereket?

☐ Igen
☐ Nem

Ha igen, kérjük részletezze!

A tábor ideje alatt fog a Résztevő gyógyszereket szedni?

☐ Igen
☐ Nem

Ha igen, kérjük részletezze!

A Résztevő fizikai vagy mentális állapota befolyásolhatja a részvételt?

☐ Igen
☐ Nem

Ha igen, kérjük részletezze!

Van olyan fizikai tevékenység, amelyet a Résztevő csak korlátozottan vagy egyáltalán nem végezhet?

☐ Igen
☐ Nem

Ha igen, kérjük részletezze!

Nyilatkozat arról, hogy a gyermekén észlelhetőek-e az alábbi tünetek:

Láz

☐ Igen ☐ Nem

Torokfájás

☐ Igen ☐ Nem

Hányás

☐ Igen ☐ Nem

Hasmenés

☐ Igen ☐ Nem

Bőrkiütés

☐ Igen ☐ Nem

Sárgaság

☐ Igen ☐ Nem

Egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyedés

☐ Igen ☐ Nem

Váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

☐ Igen ☐ Nem

A gyermek tetű- és rühmentes

☐ Igen ☐ Nem

Kérjük, adjon meg minden további információt, amely a Résztevő jelenlegi egészségi állapota szempontjából lényeges lehet!

Kórtörténet

Volt a Résztevőnek
műtétje vagy súlyos
sérülése?

- ☐ Igen
☐ Nem

Ha igen, kérjük,
részletezze!

Volt a Résztevőnek
valaha csonttörése?

- ☐ Igen
☐ Nem

Ha igen, kérjük,
részletezze!

NÉV	ALÁÍRÁS	DÁTUM