

**SZÜLŐI NYILATKOZAT** (\*)  
a tanuló egészségügyi állapotáról a nevelés-oktatási, illetve más, külső fogadó intézményben  
az iskolai közösségi szolgálat teljesítéséhez

A gyermek neve: .....

A gyermek születési dátuma: .....

A gyermek anyjának neve: .....

A gyermek TAJ száma: .....

A Váci Dunakanyar Színház a színház épületében előadások alkalmával jegyszedő, nézőtéri ültető, ruhatáros, vendégfogadó és szórólapozó, valamint alkalmanként takarító munkakörökben foglalkoztat diákokat. Továbbá Vác környéki településeken élő diákok lakóhely szerint egyéni időbeosztással vállalhatják a színház plakátjainak, havi műsorfüzetének, szórólapjainak, lakóhelyükön található közintézményekben (iskola, posta stb.), üzletekben történő kihelyezését, illetve magánházakhoz való eljuttatását.

A Váci Dunakanyar Színház biztosítja a tizennyolcadik életévét be nem töltött tanuló, illetve korlátozottan cselekvőképes nagykorú tanuló esetén a közösségi szolgálati tevékenység folyamatos, szakszerű felügyeletét, kivéve külső helyszínen történő munkavégzés (szórólapozás/plakátozás).

A közösségi szolgálat végzésének feltételeit megismertem, hozzájárulok, hogy gyermekem a Váci Dunakanyar Színházban közösségi szolgálatot teljesítsen.

Nyilatkozom továbbá, hogy

- gyermekem nem szenved krónikus betegségben (pl. cukorbetegség, epilepszia, magas vérnyomás stb.), illetve nem szükséges rendszeresen gyógyszert szednie, mely miatt állandó felügyeletet igényel,
- gyermekemen nem észlelhetőek az alábbi tünetek: Láz, torokfájás, hányás, bőrkiütés, sárgaság, egyéb súlyosabb bőrelváltozás, bőrgennyesedés, váladékozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás. A gyermek tetű- és rühmentes.

(\*) A nemzeti erőforrás miniszter 19/2012. (III.28.) NEFMI rendelete alapján, a tanuló ifjúság üdülésének és táborozásának egészségügyi feltételeiről szóló 12/1991. (V.18.) NM rendelet módosítása alapján

Gyermekre vonatkozó egyéb fontos egészségügyi információ (pl.: allergia, méh, darázs, vagy más rovarcsípés, ételérzékenység, stb.):

.....  
.....

Törvényes képviselő neve: .....

Lakcíme: .....

Telefonos elérhetősége: .....

Dátum: .....

.....

szülő/gondviselő/törvényes  
képviselő aláírása