

JCAMP tábor egészségügyi űrlap - 2025.04.1-4.



Résztevő 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:

- Rovarcsípek / Méh
- Gyógyszer
- Pollen / por
- Étel
- Egyéb

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

Szed a Résztvevő rendszeresen gyógyszereket?

- Igen
 Nem

Ha igen, kérjük részletezze!

A tábor ideje alatt fog a Résztvevő gyógyszereket szedni?

- Igen
 Nem

Ha igen, kérjük részletezze!

A Résztvevő fizikai vagy mentális állapota befolyásolhatja a részvételt?

- Igen
 Nem

Ha igen, kérjük részletezze!

Van olyan fizikai tevékenység, amelyet a Résztvevő 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

Váladákozó szembetegség, gennyes fül- és orrfolyás

- Igen Nem

A gyermek tetű- és rühmentes

- Igen Nem

Kérjük, adjon meg minden további információt, amely a Résztvevő 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