



## ORVOSI LAP

Gyermek neve: .....

### Információ a betegségről:

Diagnózis: .....

Kezelés kezdete: .....

Kezelés vége: .....

Jelenlegi állapot: .....

Testi fogyatékoság: .....

Gyógyszerszedés (mit, mikor): .....

.....

.....

Gyógyszerallergia: .....

Ételallergia: .....

Egyéb allergia: .....

Speciális diéta: .....

További megjegyzések: .....

### Információ a kezelőintézetéről:

Kezelőintézet megnevezése: .....

Kezelőintézet címe: .....

Kezelőorvos neve: .....

### Kezelőorvosi engedély

Én, ..... (kezelőorvos neve, hatásköre)  
igazolom, hogy ..... (gyermek neve) egészségi  
állapota lehetővé teszi a kiskőrösi „Mindenjő” táborozáson (Kiskőrös, 2025. július 14 – 19. vagy 2025.  
július 28 – augusztus 3.) való részvételt.

....., 2025. .... hó ..... nap

.....

alíírás, orvosi pecsét