|  |  |
| --- | --- |
| **NEBULÓCSKA** |  |

## Enrolment Form / Beiratkozási lap

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Applicant’s Information / A beiratkozó Nebulócska adatai | | | | | |
| 1. **Surname** Vezetéknév |  | | | | |
| 2. **Given name**  *Keresztnév* |  | | | | |
| 3. **Place of Birth**  *Születési hely* |  | | | | |
| 4. **Date of Birth**  *Születési idő* |  | SexNeme | M F | AgeÉletkora |  |
| 5. **Home address**  *Lakcím* |  | | | | |
| 6. **Postal address**  *Postai cím* |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parents / Szülők | | | |
| **Mother’s name** Anya neve |  | | |
| **Phone number**  T*elefonszám* |  | **Mobile phone**  *Mobil telefonszám* |  |
| **Email address**  *Email cím* |  | | |
| **Father’s name** Apa neve |  | | |
| **Phone number**  T*elefonszám* |  | **Mobile phone**  *Mobil telefonszám* |  |
| **Email address**  *Email cím* |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Important Information about the child / Fontos információk a gyermekről | | | | | | | | |
| **Languages spoken at home**A családban használt nyelvek |  | | | | | | | |
| **Medical information**Egészségügyi információ | **Any medical conditions that requires special care?** Van-e a gyermeknek egészségügyi problémája? | | | | | | **Yes**/*Igen*  **No** /*Nem* | |
| **Please tick if your child suffers from any of the following:** *Jelölje meg, ha gyermeke a felsorolt betegség(ek)ben szenved:* | **Asthma** | **Diabetes** | | **Heart condition** Szívbetegség | | **Joint condition**  *Izületi begetség* | | |
| **Seizure** Eszméletvesztés | | **Severe Allergies** Súlyos alergia | | **Migraine**  *Súlyos fejfájás* | | | OtherEgyéb |
| Please specify ‘Other’ Conditions  *Egyéb egészségügyi probléma* |  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| COVID-19 information / COVID-19 információ |
| **If you or your little one are not feeling well or if you are experiencing flu-like symptoms; fever, shortness of breath, coughing, sore of throat, runny nose, headache, muscle or joint pain etc – please stay at home and seek medical attention. Please practice good hygiene during the sessions.**  *Amennyiben a szülő, vagy a gyermek nem érzi jól magát- influenzára utaló tüneteket tapasztal, mint láz, fulladás, köhögés, torokfájás, orrfolyás, fejfájás, izületi fájdalmak stb.- kérjük maradjon otthon és keresse fel orvosát. Érkezéskor kézmosást, kézfertőtlenítést kérjük betartani.* |

|  |
| --- |
| Consent form : photo taking/ Fényképezés engedélyezése |
| **There are times when children may be photographed or filmed: eg. Special events, newspaper articles, television news, for promotional purposes, newsletter brochures**  *Vannak esetek, amikor a gyerekeket fényképeznénk, vagy filmeznénk: pl. különleges alkalmak, újságcikkek,televíziós hírek, reklámanyagok, hírlevél számára.*  **I give permission for my child to be filmed or photographed and for photos to be used for non-profit promotional purposes.** *Ezúton engedélyezem, hogy gyermekemről készített videó illetve fénykép megjelenhet non-profit hirdetési célból.*   |  |  | | --- | --- | | Parent/Guardian’s Signature:  *Szülő/Megbízott aláírása:* |  | | **Date/***Dátum:* |  | |

