|  |  |
| --- | --- |
|  **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:* |   |

 |

