

# PRIJAVNICA NA ZDRAVSTVENO LETOVANJE

(izpolnijo starši/skrbniki)

RKS Območno združenje: Žalec

Termin letovanja (od/do): 13. 8. – 20. 8. 2022

IME IN PRIIMEK OTROKA:

Spol (obkroži):      moški              ženski

Kraj in datum rojstva: \_\_\_\_\_ Starost: \_\_\_\_\_

Številka osebnega dokumenta: \_\_\_\_\_

Vrsta osebnega dokumenta (obkroži):              osebna izkaznica              potni list

Državljanstvo: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Poštna številka in pošta: \_\_\_\_\_

Ime in priimek očeta/skrbnika: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ime in priimek matere/skrbnice: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Osnovna šola: \_\_\_\_\_ Razred: \_\_\_\_\_

## VPRAŠALNIK O OTROKU

(izpolnijo starši/skrbniki)

Ali je otrok kdaj bil odsoten od doma 3 dni ali več (počitnice, šole v naravi, ...)?	DA	NE
Ali je otrok samostojen pri jedi?	DA	NE
Ali je otrok samostojen pri oblačenju?	DA	NE
Ali je otrok samostojen pri tuširanju?	DA	NE
Ali otrok moči posteljo?	DA	NE
Ali ima otrok težave z uhajanjem blata?	DA	NE

## VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA PRED PRIHODOM V ZDRAVILIŠČE

Ali je otrok prehlajen?	DA	NE
Ali je otrok imel v zadnjih dne telesno temperatura višjo kot 37,3°C?	DA	NE
Ali otrok kašlja?	DA	NE
Ali otroka boli v žrelu, grlu, mišicah?	DA	NE
Ali ima otrok konjunktivitis, diarejo ali se slabo počuti?	DA	NE
Ali je bil otrok v zadnjih 14. dneh v stiku s potencialno okuženimi/okuženi svojci, sošolci, sstanovalci/ali z nekom, ki je imel zgornje težave oz. je možno, da bi bil okužen?	DA	NE

### ZNANJE PLAVANJA

Ocenite otrokovo znanje plavanja (izberi en odgovor):

- Otrok je popolnoma neplavalec in se boji vode.
- Otrok je neplavalec, vendar se ne boji vode.
- Otrok je slabši plavalec – potrebuje dodatno kontrolo.
- Otrok je precej dober plavalec.
- Otrok je popolnoma samostojen plavalec.
- Ne vem / ne morem se odločiti.

### POSEBNE POTREBE

Ali ima otrok odločbo, da je otrok s posebnimi potrebami (obkroži)? DA  NE

Kratka obrazložitev za katero posebno potrebo gre in napotki za lažje delo z otrokom: (če ste obkrožili da):

---

---

---

---

---

## SOGLASJE STARŠEV/SKRBNIKOV

Starš ali skrbnik \_\_\_\_\_ (ime in priimek starša/skrbnika)  
otroka \_\_\_\_\_ (ime in priimek otroka), sem  
seznanjen, da v Mladinskem zdravilišču in letovišču RKS Debeli rtič za otroke organizirajo različne  
zdravstvene programe, kreativne delavnice, predavanja, dogodke in proslave ter da se udeležujejo  
likovnih in športnih natečajev, ki jih organizirajo druge ustanove.

S podpisom soglašam:

1. da **otrok sodeluje pri programu** in da so njegovi **izdelki razstavljeni in objavljeni**,

Se strinjam

Se ne strinjam

2. da otroka snemajo, intervjuvajo in/ali slikajo med izvajanjem programov in da so **posnetki, reportaže, slike lahko javno objavljene**.

Se strinjam

Se ne strinjam

Podpis starša/skrbnika: \_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_

Podpis starša/skrbnika:

\_\_\_\_\_

## ZDRAVSTVENI PODATKI O OTROKU

(izpolni zdravnik)

Zdravstvenega letovanja se lahko udeležijo le tisti otroci in šolarji, ki imajo v medicinski dokumentaciji zapise o večkratni hospitalizaciji ali so bili pogosteje bolni (dva in več zapisov v medicinski dokumentaciji od 30. 1. 2021 do 11. 3. 2022).

Ime in priimek: \_\_\_\_\_ Št. KZZ: \_\_\_\_\_

Nalezljive bolezni, ki jih je otrok prebolel:

\_\_\_\_\_

**Bolezni in poškodbe, zaradi česar predlagam zdravstveno letovanje:**

\_\_\_\_\_

Dieta: \_\_\_\_\_

Alergije na:

- zdravila: \_\_\_\_\_

- drugo: \_\_\_\_\_

Klinični pregled: \_\_\_\_\_

Navodila za čas letovanja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_, dne: \_\_\_\_\_

Podpis in žig zdravnika:

\_\_\_\_\_