

Vpisuje organizator:  
Datum prejema vloge: ....., ura:....., zap.št.....

**Vloga se:           SPREJME           ZAVRNE**

OPOMBA: .....

## PRIJAVNICA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE v letu 2024

**a) taborjenje v DPM Mojca v Dolenjskih Toplicah, od 29.6.2024 do 6.7.2024**

**b) taborjenje v DPM Mojca v Dolenjskih Toplicah, od 6.7.2024 do 13.7.2024**

**c) taborjenje v DPM Mojca v Dolenjskih Toplicah, od 20.7.2024 do 27.7.2024**

### PODATKI O OTROKU (izpolnijo starši/skrbniki)

PRIIMEK IN IME \*

(izpolnite tiskano): ..... Spol: M    Ž

Datum rojstva:\* ....., Kraj rojstva \* ....., Občina rojstva:.....

Naslov stalnega bivališča \* (ulica, št.):..... Pošta:\* .....

Občina bivališča: \* .....

Šola / Vrtec: ..... Razred OŠ: .....

Ime in priimek očeta / skrbnika:

Ime in priimek matere / skrbnice:

.....

.....

Kontakt staršev / skrbnika (tel., GSM):..... e-pošta: .....

Otrokov osebni zdravnik\*:....., ZD/drug: .....

Številka zdravstvene kartice\* ..... Leto zadnjega zdravstvenega letovanja: .....

**\*POLJA Z ZVEZDICO je obvezno izpolniti!**

**Opombe:** - zdravstveno kartico mora imeti otrok s seboj za napotitev na zdravstveno letovanje.

- izpolnjeno prijavo ob potrjeni indikaciji osebnega zdravnika čim prej oddajte na naslov izbranega organizatorja letovanja, ker je koriščenje letovanj omejeno do zapolnitve pogodbenega št. otrok.

Kraj in datum:.....

Podpis starša/skrbnika: .....

### OPAŽANJA O OTROKU IN POSEBNA PREHRANA: (izpolnijo starši, razrednik oziroma učitelj, socialni delavec)

.....  
.....  
.....

PREHRANA (KAKŠNA?): .....

Datum prihoda: dne .....

Datum odhoda: dne.....

Podpis mentorja: .....

## PREDLOG ZDRAVNIKA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE

(izpolni otrokov osebni zdravnik/-ca ob zdravniškem pregledu otroka pred letovanjem)

Precepljen po programu : DA NE: manjka \_\_\_\_\_

Prebolela nalezljiva otroška bolezen: norice DA NE

Kronične bolezni: \_\_\_\_\_

Alergije: \_\_\_\_\_

Zdravstvene obravnave, zaradi katerih otrok letuje:

- hospitalno: \_\_\_\_\_
- dispanzersko: \_\_\_\_\_

Navodilo zdravnika za čas letovanja: REDNA TERAPIJA, DIETE IN POSEBNA OBVESTILA

.....  
.....

**Zdravstvena indikacija za letovanje: DA NE**

**Zdravstvena kartica št.: \* .....**

Kraj: ..... dne ..... 2024.

Podpis in žig zdravnika:

.....

**Klinični pregled** pred odhodom na letovanje:

.....  
.....

Kraj: ....., dne..... 2024.

Podpis in žig zdravnika:

.....

### OPAŽANJA O OTROKU V ČASU LETOVANJA

(izpolni zdravstveni delavec)

Obolevanje (datum): .....

Kontakt z nalezljivo bolnimi (datum): .....

Zdravljenje: .....

Kraj: ....., dne ..... 2024.

Podpis zdravstvenega delavca: .....