

Vpisuje organizator:
Datum prejema vloge:, ura:....., zap.št.....
Vloga se: SPREJME ZAVRNE
OPOMBA:

PRIJAVNICA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE v letu 2025

a) taborjenje v DPM Mojca v Dolenjskih Toplicah, od _____ do _____

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/drog:

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:

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

PREHRANA (KAKŠNA?):

ZAPAŽANJA PEDAGOŠKEGA DELAVCA NA LETOVANJU:

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 bolezn: Varicella 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 2025.

Podpis in žig zdravnika:

Klinični pregled pred odhodom na letovanje:

Kraj: dne 2025.

Podpis in žig zdravnika:

ZAPAŽANJA O OTROKU V ČASU LETOVANJA

(izpolni zdravstveni delavec)

Obolevanje (datum):

Kontakt z nalezljivo bolnimi (datum):

Zdravljenje:

Kraj: dne 2025.

Podpis zdravstvenega delavca: