

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK ÚČASTNÍKA TÁBORA - KARLOVKA SUMMER CAMP

Údaje o dieťati

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____

Adresa: _____

Zdravotná poisťovňa: _____

Rodné číslo (voliteľné): _____

Údaje o zákonom zástupcovi

Meno a priezvisko: _____

Telefón: _____

E-mail: _____

Náhradný kontakt (meno a telefón): _____

Zdravotný stav dieťaťa

1. Trpí dieťa nejakým ochorením? Ak áno, akým?

2. Dieťa má alergiu na:

☐ Lieky

☐ Potraviny

☐ Bodnutie hmyzom

☐ Peľ

☐ Prach

☐ Iné:

Podrobnosti:

Vyžaduje dieťa pri alergii pohotovostný liek (napr. EpiPen)?

☐ Áno

☐ Nie

Ak áno, aký:

3. Pravidelne užívané lieky

☐ Dieťa neužíva pravidelne žiadne lieky.

☐ Dieťa užíva nasledovné lieky:

Názov lieku

Dávkovanie

Čas podania

Pokyny pre podávanie:

4. Stravovacie obmedzenia

☐ Bez obmedzení

☐ Bezlepková strava

☐ Bezlaktózová strava

☐ Vegetariánska strava

☐ Iné:

5. Má dieťa obmedzenia pri športových aktivitách?

☐ Áno

☐ Nie

Ak áno, aké:

Má dieťa špeciálne výchovné, zdravotné alebo iné potreby, ktoré by mali vedúci poznať?

Súhlas zákonného zástupcu

Vyhlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Zaväzujem sa bezodkladne informovať organizátora o každej zmene zdravotného stavu dieťaťa pred začiatkom alebo počas trvania tábora.

Súhlasím s poskytnutím uvedených údajov organizátorovi tábora výlučne na účely zabezpečenia ochrany zdravia a bezpečnosti dieťaťa počas trvania tábora.

V Bratislave dňa _____

Meno zákonného zástupcu

Podpis: