

VPRAŠALNIK O OTROKU

(izpolnijo starši/skrbniki)

Ime in priimek otroka: _____

KRATKA OBRAZLOŽITEV OTROKOVIH POSEBNOSTI, NA KATERE MORAMO BITI POZORNI V MLADINSKEM ZDRAVILIŠČU IN LETOVIŠČU RKS DEBELI RTIČ:

BOLEZNI

Ali ima/je imel otrok kakšno bolezen (obkroži)? DA NE

Katero (če ste obkrožili da)? _____

ALERGIJE

Ali ima otrok kakšno alergijo – HRANA / ZDRAVILA / drugo (obkroži)? DA NE

Katero (če ste obkrožili da)? _____

ZDRAVILA

Ali otrok trenutno prejema zdravila (obkroži)? DA NE

Katera zdravila – v kolikšnem odmerku, kolikokrat dnevno in kdaj? _____

CEPLJENJE in OTROŠKE BOLEZNI

Ali je bil otrok cepljen po programu (obkroži)? DA NE

Za katere bolezni otrok NI bil cepljen (če ste obkrožili ne)? _____

Ali je otrok prebolel vodene kože (norice) (obkroži)? DA NE

POŠKODBE

Ali ima/je imel otrok v zadnjih 3 mesecih kakšno poškodbo (obkroži)? DA NE

Kdaj in kakšno (če ste obkrožili da)? _____

PODATKI O OTROKU

Ali je otrok kdaj bil odsoten od doma 3 dni ali več (počitnice, šole v naravi, ...)? DA NE

Ali otrok moči posteljo? DA NE

Ali ima otrok težave z uhajanjem blata? 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

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 7. dneh v stiku s potencialno okuženimi/okuženi svojci, sošolci, sostanovalci/ali z nekom, ki je imel zgornje težave oz. je možno, da bi bil okužen? DA NE

IZJAVA STARŠEV OZ. SKRBNIKOV: V primeru bolezni ali poškodbe soglašam, da otroka pregleda zdravnik v ambulanti Mladinskega zdravilišča in letovišča RKS Debeli rtič in odredi potrebno terapijo.

Za dragocene predmete, ki jih otrok poseduje, ne odgovarjamo. Potrjujem, da je otrok samostojen pri jedi, oblačenju in tuširanju. Zagotavljam, da je otrok vodljiv, sprejemljiv za programe in aktivnosti in se obvezujem, da otroka ob kršitvah strpnega vedenja nemudoma prevzamem v zdravilišču.

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 (obkrožite):

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

Vse osebne podatke obravnavamo zaupno in jih uporabljamo zgolj v namene, za katere so bili pridobljeni. Če bo nastala potreba po obdelavi podatkov za kateri drugi namen, vas bomo o tem predhodno obvestili in vas zaprosili za vašo privolitev. Pravico imate, da kadarkoli zahtevate vpogled v vaše podatke, njihovo spremembo ali njihov izbris.

Ime in priimek starša/skrbnika: _____

Podpis starša/skrbnika: _____

Datum: _____