

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

## **PRIJAVNICA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE v letu 2019 v OE NM** (izpolnijo starši/skrbniki)

Obkroži izbranega organizatorja in vpiši termin letovanja:

- a) OZRK NM,ČR,ME,TR na Debelem rtiču, od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ (velja za Izp. NM, ČR, ME,TR)**  
**b) DPM Mojca v Dolenjskih Toplicah, od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ (velja za Izp. NM, ČR in TR)**  
**c) DPM Jurček v Savudriji, od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ (velja za Izpostavo TR)**

### **PODATKI O OTROKU**

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 in tel.številka: ..... Ime in priimek matere / skrbnice in tel. številka: .....

e-pošta: ..... .....

Izbrani osebni zdravnik otroka\*....., ZD/drug: .....

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

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

- Opombe:** - Kartico zdravstvenega zavarovanja mora imeti otrok s seboj na zdravstvenem letovanju.  
- Izpolnjeno prijavo ob potrjeni indikaciji osebnega zdravnika takoj oddajte na naslov izbranega organizatorja letovanja, ker je koriščenje letovanj omejeno do zapolnitve pogodbenega števila otrok. Otrok se lahko udeleži le enega zdravstvenega letovanja v koledarskem letu, ki ga sofinancira ZZSZ.

Kraj ....., dne ..... Podpis starša/skrbnika: .....

#### **ZAPAŽANJA (staršev/skrbnikov) O OTROKU IN POSEBNA PREHRANA:**

.....  
.....

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**

**Številka kartice zdravstvenega zavarovanja:** .....

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

Podpis in žig osebnega zdravnika:

.....

**Klinični pregled** pred odhodom na letovanje:

.....  
.....

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

Podpis in žig zdravnika:

.....

### ZAPAŽANJA O OTROKU V ČASU LETOVANJA

(izpolni zdravstveni delavec)

Obolevanje (datum): .....

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

Zdravljenje: .....

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

Podpis zdravstvenega delavca: .....