

ŠKOLNÍ ZDRAVOTNÍ ZÁZNAMY ŽÁKA

PRVNÍ JAZYKOVÁ ZÁKLADNÍ ŠKOLA, Horáčkova 1100, Praha 4



Vážení rodiče, aby mohlo být o Vaše dítě za všech okolností dobře postaráno, prosíme Vás o čitelné vyplnění následujících údajů. Formulář je určen na dva školní roky.

Při doplňování druhý školní rok vyznačte červeně všechny změny – případně je doplňte na druhé straně. Děkujeme.

1. Školní rok _____ třída _____ 2. Školní rok _____ třída _____

Jméno dítěte _____

datum narození _____ rodné č. _____ / _____

bydliště _____ PSČ _____

telefon otce _____ matky _____

zdravotní pojišťovna _____ kód _____

obvodní (ošetřující) lékař – jméno, adresa zdravotnického zařízení, telefon :

Syn/dcera :

- umí plavat (uplave 20 m) ANO NE
- smí se koupat bez zvláštního omezení ANO NE
- byl/a naposledy pře/očkován/a proti tetanu dne (podle záznamů v očkovacím průkazu): _____
- je v soustavné péči spec. odd.: _____
- je alergický/á na: _____
příznaky: _____
opatření (osvědč. léky): _____

Ostatní důležité údaje ohledně zdravotního stavu (vroz. vady, častá onemocnění, omezení, úrazy atd.) :

Dítě se smí zúčastnit: označte jednotlivé činnosti (o ano x ne) a uveďte případná omezení

- | | | |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| 1) školní TV – omezení : _____ | | |
| 2) plaveckého výcviku | 4) bruslení | 6) školy v přírodě |
| 3) lyžařského výcviku | 5) pobytu v sauně | 7) zpěvu |

školní rok _____ datum _____ podpis rodičů nebo zák. zástupců _____

školní rok _____ datum _____ podpis rodičů nebo zák. zástupců _____

Datum a podpis doplňte pouze pro odpovídající školní rok!