

PRIJAVNICA

ZDRAVSTVENO LETOVANJE OTROK IN ŠOLARJEV (obkrožite, kam prijavljate otroka)

1. LETOVIŠČE PUNAT, OTOK KRK od 8.7. do 18.7.2026
2. ZDRAVILIŠČE RKS DEBELI RTIČ od 23. 7. do 31. 7.2026

Prosimo, da starši/skrbniki izpolnite vse podatke čitljivo, z velikimi tiskanimi črkami!

Spol: M Ž

Priimek in ime otroka: _____ datum rojstva: _____

kraj rojstva: _____ naslov (ul. in hiš. št): _____

poštna št. in kraj: _____ občina: _____

šola _____ razred _____

otrokov izbrani zdravnik: _____ (zdr. dom): _____

ZZS št. zdravstvene kartice (krepko tiskana št.): _____ državljanstvo: _____

št. osebne izkaznice ali potnega lista: _____ kraj in datum izdaje: _____

EMŠO: _____ davčna številka: _____

Ali ima otrok od 29.3.2025 do 13.4.2026 dva ali več zapisov v medicinski dokumentaciji? _____

Alergija na hrano, zdravila: da ne Katero: _____

Katera zdravila jemlje in kdaj? _____

Druga opozorila _____

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

DA NE

Ali je otrok samostojen pri jedi?

DA NE

Ali je otrok samostojen pri oblačenju?

DA NE

Ali je otrok samostojen pri tuširanju?

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.

POSEBNE POTREBE

Ali ima otrok odločbo, da je otrok s posebnimi potrebami (obkroži)?

DA

NE

Kratka obrazložitev za katero posebno potrebo gre in napotki za lažje delo z otrokom: (če ste obkrožili da):

SOGLASJE

Starš/skrbnik _____ otroka _____

Telefon mame: _____ telefon očeta/skrbnika: _____

elektronski naslov _____

sem seznanjen, da v Letovišču Punat in v Zdravilišču RKS Debeli rtič za otroke organizirajo različne zdravstveno-vzgojne programe, kreativne delavnice, predavanja in se udeležujejo likovnih ter športnih natečajev in tekmovanj, ki jih organizirajo druge ustanove.

S podpisom soglašam:

- da moj otrok sodeluje in so njegovi izdelki razstavljeni in objavljeni,
- da otroka intervjuvajo, snemajo in slikajo med izvajanjem programov in so reportaže in posnetki javno objavljeni,
- da organizator otroka razporedi v skupino po svojih kriterijih (glede na spol, starost), če je mogoče, pa želim, da bi bil otrok skupaj z:

- da moj otrok v primeru neprimerne vedenja predčasno zaključi letovanje v Punatu ali na Debelem rtiču, zavezujem se, da bom nemudoma prišel po otroka.

Kraj, datum: _____

Podpis starš/skrbnik: _____

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 drug namen, vas bomo o tem predhodno obvestili in vas zaprosili za vašo privolitvev. Pravico imate, da kadarkoli zahtevate vpogled v vaše podatke, njihovo spremembo ali njihov izbris.

Zdravstvenega letovanja se lahko udeležijo le tisti otroci in šolarji, ki imajo v medicinski dokumentaciji zapise o večkratni hospitalizaciji ali so bili pogosteje bolni (dva in več zapisov v medicinski dokumentaciji v času od 29.3. 2025 do 13.4. 2026).

Za ZDRAVSTVENO LETOVANJE mora za otroka izdati potrdilo njegov izbrani zdravnik, o čemer se predhodno posvetujte preko telefona.

Podpisane in v celoti izpolnjene prijavnice skupaj s potrdilom zdravnika zbiramo do zapolnitve mest.

IZPOLNI RKS OZ LITIJA

Dohodek po članu družine (iz odločbe o otr. dod) / Bruto dohodek po članu družine (iz dohodnin):
_____ EUR;

Štev. druž. članov: _____

Žig in podpis odgovorne osebe:



PREDLOG ZDRAVNIKA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE

1. Letovišče Punat, otok Krk, 8.7. do 18.7.2026
2. Zdravilišče RKS Debeli Rtič, 23.7. do 31.7. 2026

(izpolni zdravnik)

Zdravstvenega letovanja se lahko udeležijo tisti otroci in šolarji, ki imajo v medicinski dokumentaciji zapise o večkratni hospitalizaciji ali so bili pogosteje bolni (dva in več zapisov v medicinski dokumentaciji v času od **29.3. 2025 do 13.4. 2026**).

Priimek in ime otroka: _____ rojstni datum: _____

Št. kartice ZZZS: _____

Precepljen po programu : **DA NE - manjka:** _____

Nalezljive bolezni, ki jih je otrok prebolel: _____

-Anamneza – zdravstvena indikacija za letovanje:

- Ali sprejema stalna zdravila in katera?

- Vedenjske in mentalne posebnosti otroka?

- Alergije na zdravila da ne katera?

- Alergija na hrano da ne katero ?

Navodila za čas letovanja: _____

Datum: _____

Podpis in žig zdravnika:

