

PRIJAVNICA

**ZDRAVSTVENO LETOVANJE OTROK IN ŠOLARJEV NA DEBELEM RTIČU 2019, KOLONIJA, SAMOPLAČNIŠKO LETOVANJE:
od 13. 7. do 21. 7. 2019 (obkrožite, kam prijavljate otroka – navodilo spodaj!)**

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

Spol: M Ž

Priimek in ime: _____ kraj rojstva _____

datum rojstva _____ Naslov (ul. in hiš. št) _____

poštna št. in kraj _____ Občina _____

šola _____ razred _____ nezgodno zavarovan: da ne

otrokov izbrani zdravnik, _____ (zdr. dom) _____

ZZZS št. zdravstvene kartice (krepko tiskana št.) _____ državljanstvo _____

št. osebne izkaznice ali potnega lista: _____ ; _____ Leto zadnjega zdravstvenega

letovanja _____ Zdravstveno stanje _____

Ali je bil otrok od 17.2.2018 do 28.2.2019 dvakrat ali večkrat bolan in pri zdravniku? _____

Alergija na hrano, zdravila: da ne Katero: _____

Ali prejema stalno zdravila in katera? _____

Druga opozorila _____

SOGLASJE

Starš/skrbnik _____ otroka _____

telefon : _____ mobilni staršev _____

elektronski naslov _____

sem seznanjen, da v Mladinskem zdravilišču in letovišču RKS Debeli rtič za otroke organizirajo različne zdravstveno - vzgojne programe, kreativne delavnice, predavanja ter se udeležujejo likovnih in 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: _____

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

Za zdravstveno letovanje mora otroka predhodno pregledati njegov izbrani zdravnik in izpolniti predpisani obrazec na hrbtni strani. Starši to uredite sami in obojestransko izpolnjen obrazec pošljete v našo pisarno. Prispevek staršev za zdravstveno letovanje za 8 dni je 45,84 .

Kolonija je namenjena zdravim otrokom s slabšim socialnim statusom. Zdravniškega izvida ne potrebujete. Izpolnjeni prijavnici morate priložiti kopijo odločbe CSD za denarno pomoč ali za otroški dodatek in opisati socialno materialni položaj družine. Prispevek za 8-dnevno kolonijo znaša 45,84 € za 1. do 4. dohodkovni razred, 80,00 € za 5. do 6. dohodkovni razred in 128,00 € za 7. do 8. dohodkovni razred. Prednost bodo imeli otroci iz družin z nižjimi dohodki.

Otroka lahko prijavite tudi na **samoplačniško letovanje**. Cena za 8 dni je 328,00 €.

Podpisane in v celoti izpolnjene prijavnice s prilogami pošljite čim prej oziroma do 22. 5. 2019 oziroma do zapolnitve mest.

Otrokom, ki jim bo letovanje odobreno, bomo v drugi polovici junija poslali na dom položnico z ostalimi navodili, prispevek pa bo treba plačati najkasneje do 5. 7. 2019.

RDEČI KRIŽ SLOVENIJE
OBMOČNO ZDRUŽENJE GROSUPLJE

Taborska cesta 6, 1290 Grosuplje
Tel. 01 781 16 30, fax 01 781 16 31, GSM 051 380 351
e-pošta: grosuplje.ozrk@ozrks.si
spletna stran: www.grosuplje.ozrk.si



PREDLOG ZDRAVNIKA ZA ZDRAVSTVENO LETOVANJE NA DEBELEM RTIČU 2019 ZA:

Priimek in ime otroka: _____ rojstni datum: _____

(izpolni otrokov izbrani zdravnik/-ca ob zdravniškem pregledu otroka)

Prebolele nalezljive otroške bolezni: morbilli, varicella, scarlatina, rubeola, diphteria, pertusis, parotitis epidemica,, hepatitis, drugo _____

Poškodbe in bolezni: Commotio cerebri, meningitis, tbc, epilepsia, enuresis, encoprosis, otitis chr, ...

Vedenjske in mentalne posebnosti: _____

Zadnje cepljenje proti tetanusu: _____

Občutljivost na zdravila (katero)? _____

Alergije: _____

DOSEDANJE ZDRAVLJENJE:

Hospitalno (leto in diagnoza) _____

Kronične bolezni: _____

Ponavljajoča akutna obolenja: _____

Današnji klinični pregled:

Diagnoza napotitve: _____

Zdravstvena indikacija za zdravstveno letovanje (obkrožite) DA NE

Navodila zdravnika za čas letovanja:

Kraj in datum: _____ **Žig in podpis zdravnika/-ce** _____