

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

SK LIPOVÁ-LÁZNĚ

MILÍ RODIČE, ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI,

prosíme Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Uvedené informace pomohou trenérům lépe pracovat s Vaším dítětem, které tak bude mít zajištěno například pravidelné či včasné podání léků, či nebude nuceno dělat věci, které mu nejsou příjemné. Tyto informace jsou určeny pouze trenérům tábora a jsou důvěrné. Prosíme o odevzdání společně s přihláškou.

KONTAKT

Korespondenční adresa:
Filip Kania
Lipová.lázně, č.p. 269
790 61 Lipová-lázně

email:
sk.lipova.lazne@volny.cz
telefon: 605 058 479
web: www.sklipovalazne.cz

IČ: 44940181
Číslo TJ/SK: 3811013
Číslo klubu: 709024

jméno dítěte: _____

věk dítěte: _____



• Z čeho má vaše dítě strach? (fobie, výšky, tma, voda, psi...)

• Stravovací návyky (bezlepková dieta, nesmí mléko,...)

• Alergie (na bodnutí hmyzem, na některé léky,...)

• Léky (napište, pokud dítě užívá nějaké léky pravidelně a na co je užívá - nutné u léků podávaných během doby kempu)

*Vyberte: Dítě bude mít léky u sebe / léky budou u trenéra.

• Očkování (podrobení stanoveným pravidelným očkováním): ANO x NE

• Ostatní (diagnóza ADHD, dysgrafie,...)

• U dítěte upozorňuji na další zdravotní a jiná omezení (je extrémně introvertní, často krvácí z nosu, diabetes,...)

• Co baví Vaše dítě, co dělá rádo, v čem je dobré, co je možné na táboře využít?

UPOZORNĚNÍ: Výše uvedené údaje slouží výhradně ke zdravotní informovanosti o dítěti na FK. považují se za osobní data, se kterými budeme dle zákona nakládat. Podpisem stvrzujete, že jsou údaje pravdivé.

V _____

Dne _____

_____ podpis zákonného zástupce