**Zdravotný záznam žiaka**

Meno a priezvisko žiaka: .............................................................................................................

Narodený: .............................. bytom: .........................................................................................

Číslo zdrav. poisťovne: ................................................................................................................

Tel. kontakt na zákonného zástupcu žiaka: ..................................................................................

Zdravotný stav: ............................................................................................................................

Užíva nasledovné lieky: ...............................................................................................................

.......................................................................................................................................................

V poslednom období bol očkovaný: ............................................................................................

.......................................................................................................................................................

Žiak je alergický (hmyz, rastliny, lieky, potraviny a pod.): .........................................................

.....................................................................................................................................................

Nosí strojček (ako, kedy): ............................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Oznamy pre ošetrujúceho lekára (náchylnosť na angínu, zápal priedušiek, laryngitídu, bolesti

žalúdka, hlavy, ťažkosti srdcovej činnosti, nočné chodenie na WC a pod.): ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Prekonanie COVID-19, dátum..............................................

Očkovanie proti COVID-19, dátum......................................

Súhlasím s tým, aby moje dieťa bolo otestované samotestom pred odchodom na lyžiarsky výcvik, v priebehu lyžiarskeho výcviku a posledný deň. Testy zabezpečuje škola, testovanie prebieha s povereným pedagogickým pracovníkom. Testu pred odchodom sa môže zúčastniť aj rodič. Ďalšie dva testy budú v prítomnosti zdravotníka, ktorý bude prítomný počas celého výcviku.

V ............................. (dátum) ........................ Podpisy rodičov: .............................................

Vyjadrenie lekára:

Žiak/žiačka **JE / NIE JE** zdravotne spôsobilý/-á absolvovať lyžiarsky výcvik.

Dátum: Podpis a pečiatka: