

OSNOVNA ŠOLA SIMONA JENKA KRANJ

Ulica XXXI. divizije 7A, 4000 Kranj
tel: 04/255 97 00, fax: 04/255 97 10, o-sjkranj.kr@osjenka.si

POTRDILO O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA OB VKLJUČITVI V VRTEC

Potrdilo se izdaja v skladu s 4. odstavkom 20. člena Zakona o vrtcih (Uradni list RS, št. 100/05 – UPB, 25/08, 98/09 – ZIUZGK, 36/10, 62/10 – ZUPJS, 94/10 – ZIU, 40/12 – ZUJF, 14/15 – ZUUJFO, 55/17 in 18/21) in se uporablja zgolj za potrebe vrtca. Podatki se varujejo in uporabljajo v skladu s predpisano zakonodajo. Potrdilo starši oddajo vzgojiteljici na individualnih razgovorih – oz. najkasneje pred vstopom otroka v vrtec.

1. PODATKI O OTROKU:

Priimek in ime

otroka: _____

Datum

rojstva

otroka: _____

Naslov

bivališča

otroka: _____

(ulica, hišna številka, poštna številka, kraj)

2. PODATKI O OTROKOVEM ZDRAVSTVENEM STANJU:

Posebnosti o zdravstvenem stanju otroka ter nasveti oz. priporočila zdravnika, ki so lahko pomembni/a za bivanje otroka v vrtcu :

ALERGIJE:

DIETNA PREHRANA:

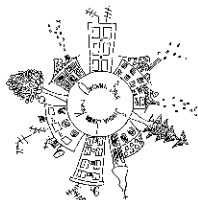
RAZLIČNI NAPADI:

OMEJITEV TELESNE AKTIVNOSTI:

POSEBNOSTI V RAZVOJU:

DRUGO:

V kolikor ima otrok posebna priporočila s strani specialističnih ambulant, priložite priporočila zdravnika – specialista.



OSNOVNA ŠOLA SIMONA JENKA KRANJ

Ulica XXXI. divizije 7A, 4000 Kranj
tel: 04/255 97 00, fax: 04/255 97 10, o-sjkranj.kr@osjenka.si

3. PODATKI O OTROKOVEM CEPLJENJU:

| CEPLJENJE PO VELJAVNEM PROGRAMU CEPLJENJA IN ZAŠČITE Z ZDRAVILI | DA (če je otrok cepljen po program označite z X) | NE (če otrok ni cepljen po programu, označite z X enega od razlogov) | | |
|--|---|---|----------------------------------|---|
| | | zdravstveni razlog | v postopku pridobitve odločbe | drugi razlogi (npr. odločitev staršev....) |
| OMR | | | | |
| Di-Te-Per | | | | |
| OSTALA CEPLJENJA | | | | |

Datum: _____

Otroški dispanzer (naziv, žig):
zdravnik:

Ime in priimek ter podpis