



ŠKOLA NOGOMETA KRANJČAR

## ZDRASTVENO UVJERENJE I OSOBNİ PODACI

ZDRAVLJE VAŠEG DJETETA NAMA JE OD IZUZETNE VAŽNOSTI. KAKO BI MOGLI ODRŽAVATI VISOKI STANDARD PAŽNJE MORAMO BITI U POTPUNOSTI OBAVIJEŠTENI O BILO KAKVIM MEDICINSKIM ILI OSOBNIM OKOLNOSTIMA OD KOJIH VAŠE DIJETE PATI. ZBOG TOGA VAS LJUBAZNO MOLIMO DA RAZGOVIJETNO ISPUNITE SVAKI DIO OVOG FORMULARA.

### **Informacije o zdravlju**

Ime polaznika \_\_\_\_\_  
Prezime polaznika \_\_\_\_\_  
Obiteljski liječnik \_\_\_\_\_  
Broj telefona liječnika \_\_\_\_\_  
Datum zadnjeg cjepljenja Tetanus \_\_\_\_\_

### **Da li vaše dijete uzima kakve lijekove?**

Ukoliko DA, molimo da navedete detalje.

\_\_\_\_\_

### **Da li je vaše dijete na posebnoj dijeti?**

Ukoliko DA, molimo da navedete detalje.

\_\_\_\_\_

### **Da li vaše dijete ima kakve alergije?**

Ukoliko DA, molimo da navedete detalje.

\_\_\_\_\_

### **Da li postoje dodatne informacije koje bi trebali znati vezano uz vaše dijete?**

Ukoliko DA, molimo da navedete detalje.

\_\_\_\_\_

Molimo da se dolje potpišete ukoliko ste suglasni da se u slučaju nužde pruži medicinsko i stomatološko liječenje vašeg djeteta tijekom boravka u kampu: u skladu sa preporukom stručnog i iskusnog liječnika.

Potpis roditelja \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Molimo da se dolje potpišete ukoliko ste suglasni da naše osoblje, u slučaju glavobolja ili lakih ozljeda, daje vašem djetetu Paracetamol/blag analgetik.

Potpis roditelja \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

### **Kontakti za slučaj nužde**

Molimo vas da navedete ime/na i brojeve telefona roditelja ili skrbnika za slučaj nužde.

#### **Prvi kontakt**

Ime \_\_\_\_\_  
Prezime \_\_\_\_\_  
Odnos prema djetetu \_\_\_\_\_  
Telefon (kućni) \_\_\_\_\_  
Telefon (posao) \_\_\_\_\_  
Mobitel \_\_\_\_\_



ŠKOLA NOGOMETA KRANJČAR

**Drugi Kontakt**

Ime

---

Prezime

---

Odnos prema djetetu

---

Telefon (kućni)

---

Telefon (posao)

---

Mobitel

---