POTRDILO O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA OB SPREJEMU 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 samo za potrebe vrtca. Podatki se varujejo in uporabljajo s predpisano zakonodajo. Potrdilo starši oddajo vzgojiteljici na individualnih razgovorih – oz. najkasneje pred vstopom v vrtec.

**1. PODATKI O OTROKU:**

Priimek in ime otroka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov bivališča: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ulica, hišna številka, poštna številka, kraj)

**2. PODATKI O OTROKOVEM ZDRAVSTVENEM STANJU**

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

**ALERGIJE:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RAZLIČNI NAPADI:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIETNA PREHRANA:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OMEJITVE TELESNE AKTIVNOSTI:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POSEBNOSTI V RAZVOJU**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DRUGO:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**3. PODATKI O OTROKOVEM CEPLJENJU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cepljenje po veljavnem programu cepljenja in zaščite z zdravili | **DA**(če je otrok cepljen po programu označite Z X) | **NE**(če otrok ni cepljen po programu, označite z X enega od razlogov) |
| zdravstveni razlogi | v postopku pridobitve odločbe | drugi razlogi (npr. odločitev staršev,…) |
| OMR |  |  |  |  |
| Di-Te-Per |  |  |  |  |
| Ostala cepljenja |  |  |  |  |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otroški dispanzer (naziv, žig): Ime in priimek ter podpis zdravnika: