



VPRAŠALNIK IN IZJAVA v skladu s preprečevanjem širjenja virusa (COVID-19) O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROK, kar bo v skladu z zakonom zahtevano za varno izvedbo letovanja.

Podpisani _____, starš/skrbnik otroka _____, rojenega _____, zagotavljam, da so spodaj navedeni podatki zdravstvenega stanja/simptomov v zadnjih 14 dneh pred udeležbo na letovanju za mojega otroka resnični.

1. Ali ima/je imel otrok povišano telesno temperaturo? DA NE
2. Ali otrok kašlja/ je kašljal? DA NE
3. Ali je/ je bil otrok nahoden? DA NE
4. Ali ima/je imel otrok glavobol? DA NE
5. Ali otrok kaže/ je kazal znake slabega počutja? DA NE
6. Ali ima/ je imel otrok bolečine v grlu, žrelu? DA NE
7. Ali otrok težko diha/ je težko dihal (občutek pomanjkanja zraka)? DA NE
8. Ali ima/ je imel otrok drisko? DA NE
9. Ali je bil otrok v zadnjih 14 dneh v stiku s potencialno okuženo osebo oz. osebo, ki je kazala zgoraj navedene znake? DA NE

S svojim podpisom jamčim, da so podatki o zdravstvenem stanju otroka resnični in zagotavljam, da se v primeru zgoraj navedenih zdravstvenih težav otrok ne bo udeležil letovanja.

S podpisom tudi potrjujem, da sem seznanjen s tveganji, povezanimi z virusom COVID-19, do katerih lahko pride na letovanju, da sem otroka seznanil in poučil o ustreznih ukrepih in da bo moj otrok upošteval vsa navodila ter ukrepe, ki so potrebni v skladu s preprečevanjem širjenja virusa (COVID-19) in ki bodo zahtevana za varno izvedbo letovanja. V primeru, da otrok na letovanju ne bo upošteval ali bo kršil tovrstna navodila in ukrepe, sem seznanjen, da se z namenom zagotovitve varnega letovanja otroku lahko izreče ukrep, s katerim se ga napoti domov – v tem primeru se zavežujem, da bom nemudoma prišel po otroka in ga odpeljal iz letovišča. Prav tako se zavežujem, da bom nemudoma prišel po svojega otroka tudi v primeru, da se bodo pri otroku na letovanju pojavili zgoraj navedeni znaki/simptomi ali bo pri otroku potrjena okužba s COVID-19.

Seznanjen sem, da je spoštovanje zgoraj navedenih zavez pogoj za udeležbo otroka na letovanju.

Datum:

Podpis:



IZPOLNITE Samo za upravičence zdravstvenega regresa ZZSZ!

Zdravstvena delovna organizacija: _____

ZDRAVNIŠKO POTRDILO

Priimek in ime otroka: _____ Rojen: _____

Naslov: _____

Namen izdaje potrdila: POTRDILO

Osnovni anamnestični podatki in podatki o rezultatu zdravniškega pregleda ter mnenje v zvezi z namenom uporabe zdravniškega potrdila:

IZ ZDRAVSTVENIH RAZLOGOV PRIPOROČAMO LETOVANJE NA MORJU V ORGANIZACIJI Medobčinskega društva prijateljev mladine Sežana.

Ime in priimek zdravnika: _____

Podpis zdravnika: _____ žig: _____

Kraj: _____ datum: _____