

Dotazník o zdravotních zvláštnostech dítěte

Jméno dítěte _____

Pojišťovna _____ přiložit kartičku pojišťovny (kopie)

Jméno a telefon dětského lékaře:.....

tel.

Alergie (co ji způsobí):

Léky _____

Potraviny _____

Pyly _____

Jiné _____

Užívání léků (pravidelnost + název + dávkování)

Pomočování _____

Jiné obtíže (noční děsy, náměsíčnost, strach z bouřek...)

Reakce na bodnutí hmyzem (vosa, včela) ANO NE NEVÍM

Čistá hlava – bez vší, bez hnid: ANO NE

Datum _____ Podpis zákonného
zástupce _____

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že moje dítě _____ nyní nejeví žádné známky akutního onemocnění (např. rýma, kašel, horečka apod.) a zároveň nebylo v poslední době ve styku s jinou nemocnou osobou.

V Opavě – Suchých Lazcích dne 2026

podpis zákonného zástupce