

## Dotazník + rozpis léků

Jméno dítěte:

Rodné číslo dítěte:

Zdravotní pojišťovna dítěte:

Datum přijetí:

Léky včetně rozpisu užívání:

Zdravotní pomůcky (rovnátka, okluzor, naslouchátko, apod.):

Zdravotní omezení: (enuréza atp.)

Alergie:

Nutný individuální přístup:

Souhlasím s uveřejňováním fotografií mého dítěte z akcí ozdravovny      ANO    NE

Pokud mé dítě poškodí majetek ozdravovny nebo jiného dítěte, zavazuji se tuto škodu uhradit.

Byl/a jsem seznámen/a s umístěním kamerového systému pro monitorování pohybu v objektu ozdravovny.

Na moji žádost schválila zdrav. pojišťovna mému dítěti ozdravný pobyt v DO Království.

Virózy, angíny a podobná onemocnění budou léčena v ozdravovně a nebudou důvodem k propuštění dítěte.

Byl/a jsem seznámena s tím, že osobní telefony dětí budou uschovány u sester a dětem budou vydávány mezi 18:30-19:30 hod. V případě zneužití telefonu k jiným účelům bude telefon zabaven a budeme Vás kontaktovat k projednání dalšího postupu.

Souhlasím s výše uvedeným.

Podpis zákonného zástupce.....