**Zdravotný záznam žiaka**

|  |
| --- |
| Meno a priezvisko žiaka: .............................................................................................................  Narodený: .............................. bytom: .........................................................................................  Číslo zdrav. poisťovne: ................................................................................................................  Tel. kontakt na zákonného zástupcu žiaka: .......................................................................................................................................................  Zdravotný stav: ............................................................................................................................  Užíva tieto lieky: ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................  V poslednom období bol očkovaný: ............................................................................................  .......................................................................................................................................................  Žiak je alergický (hmyz, rastliny, lieky, potraviny a pod.): .........................................................  .....................................................................................................................................................  Nosí strojček (ako, kedy): ............................................................................................................  .......................................................................................................................................................  Oznamy pre ošetrujúceho lekára (náchylnosť na angínu, zápal priedušiek, laryngitídu, bolesti  žalúdka, hlavy, ťažkosti srdcovej činnosti, nočné chodenie na WC a pod.): ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  .......................................................................................................................................................  V ............................. (dátum) ........................  Podpisy rodičov: .................................................... |