



Dotazník zdravotníka LVVK

Meno žiaka: _____ trieda: _____

Dátum narodenia: _____ rodné číslo: _____

Bydlisko: _____

Intolerancia na: laktózu lepok histamín

Iné potraviny:

Lieky:

Trvale (alebo v súčasnej dobe) užívané lieky:

Upozornenie od rodičov na iné zdravotné zvláštnosti dieťaťa:

Tieto údaje starostlivo vyplňte pre zdravotníka LVVK. Údaje budú použité aj v prípade nutného vyhľadania lekárskej pohotovosti.

tel.č. zák. zástupcu 1:

podpis zák. zástupcu 1:

tel.č. zák. zástupcu 2:

podpis zák. zástupcu 2:

Sem nalepte prefotenu kardu poistenca!