



## ZDRAVSTVENI UPITNIK

(Popunjava roditelj/staratelj, predaje se uz lekarski pregled ne stariji od 3 meseca)

Ime i prezime deteta:	
Datum rođenja:	
Visina:	
Težina:	
Grad:	

1. Da li dete ima alergije (na biljke, polen, insekte, lekove i sl.)	DA NE	9. Da li dete ima strahove?	DA NE
2. Da li dete koristi određene medikamente?	DA NE	10. Da li je dete ikada imalo epileptične napade?	DA NE
3. Da li je dete primilo vakcinu tetanusa u poslednjih godinu dana?	DA NE	11. Da li dete ima bolesti srca?	DA NE
4. Da li je dete nedavno imalo povredu, blažu infekciju ili određenu bolest?	DA NE	12. Da li je dete ikada imalo ozbiljniju povredu glave?	DA NE
5. Da li se dete ikada onesvestilo tokom ili posle fizičke aktivnosti?	DA NE	13. Da li je dete imalo emocionalne teškoće za koje je tražena stručna pomoć?	DA NE
6. Da li je dete ikada imalo operaciju?	DA NE	14. Da li dete ima česte upale uha?	DA NE
7. Da li dete ima dijabetes?	DA NE	15. Da li je dete imalo mononukleozu u poslednjih 12 meseci?	DA NE
8. Da li dete boluje od astme?	DA NE	16. Da li dete ima hroničnu bolest?	DA NE

Ukoliko je odgovor na neko od navedenih pitanja "DA" molimo Vas da nam date objašnjenje, kao i dostavite nalaz doktora sa trenutnom dijagnozom pre polaska (naznačiti broj pitanja za koje se daje objašnjenje)

---

---

1. Da li je dete?	PLIVAČ NEPLIVAČ	2. Ukoliko je plivač, da li samostalno pliva bez dodatnih rekvizita (npr. mišića)?	DA NE
-------------------	-----------------	--	-------

Napomena roditelja:

---

---

**SAGLASAN SAM DA FOTOGRAFIJE I SNIMCI MOG DETETA MOGU BITI POSTAVLJENI NA INTERNET: FACEBOOK ,INSTAGRAM, YOUTUBE U SVRHU PROMOVISANJA KAMPA.**

POTPIS RODITELJA/STARATELJA

DATUM

Kontakt roditelja/staratelja

Email roditelja/staratelja