**POTRDILO O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROKA OB VKLJUČITVI V VRTEC**

Potrdilo se izdaja v skladu s 4. odstavkom 20. člena Zakona o vrtcih (Uradni list RS, št. 100/05 – UPB, 25/08, 98/09 – ZIUZGK, 36/10, 62/10 – ZUPJS, 94/10 – ZIU, 40/12 – ZUJF, 14/15 – ZUUJFO, 55/17 in 18/21) in se uporablja zgolj za potrebe vrtca. Podatki se varujejo in uporabljajo v skladu s predpisano zakonodajo. Potrdilo starši oddajo vzgojiteljici na individualnih razgovorih – oz. najkasneje pred vstopom otroka v vrtec.

1. **PODATKI O OTROKU:**

**Priimek in ime otroka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum rojstva otroka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Naslov bivališča otroka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*( ulica, hišna številka, poštna številka, kraj )*

**2. PODATKI O OTROKOVEM ZDRAVSTVENEM STANJU:**

Posebnosti o zdravstvenem stanju otroka ter nasveti oz. priporočila zdravnika, ki so lahko pomembni/a za bivanje otroka v vrtcu :

**ALERGIJE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIETNA PREHRANA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RAZLIČNI NAPADI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OMEJITEV TELESNE AKTIVNOSTI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**POSEBNOSTI V RAZVOJU: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DRUGO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

V kolikor ima otrok posebna priporočila s strani specialističnih ambulant, priložite priporočila zdravnika – specialista.

**3. PODATKI O OTROKOVEM CEPLJENJU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CEPLJENJE PO VELJAVNEM PROGRAMU CEPLJENJA IN ZAŠČITE Z ZDRAVILI**  | **DA****(če je otrok cepljen po program označite z X)**  | **NE****(če otrok ni cepljen po programu, označite z X enega od razlogov)** |
| **zdravstveni razlog** | **v postopku pridobitve odločbe** | **drugi razlogi (npr. odločitev staršev….)** |
| OMR |  |  |  |  |
| Di-Te-Per |  |  |  |  |
| OSTALA CEPLJENJA |  |  |  |  |

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otroški dispanzer (naziv, žig): Ime in priimek ter podpis zdravnik: