

Dogovor o zdravstveni dejavnosti

(Pravna podlaga: 66b. člen Zakona o šolstvu in 50a. člen Zdravniškega zakona 1998)

Ime in priimek otroka:

datum rojstva

Šola:

Razred:

S tem pooblašчам naslednje učitelje (prosimo, da jih poimenujete in podpišete posamezno ali, v primeru več vnosov, priložite seznam imen s podpisi),

1).....Podpis:

2).....Podpis:

3) v primeru več vnosov glejte priložen seznam

da do nadaljnjega po predpisanih zdravniških postopkih na mojem otroku izvajajo spodaj navedene dejavnosti.

.....
.

.....
Podpis učenca, ki je sposoben uvida in presoje

.....
.

.....
Podpis starša/skrbnika

Izpolni zdravnik:

Naslednje dejavnosti je treba izvajati ob navedenih urah/po potrebi (ustrezno črtati):

Vrsta dejavnosti (npr. merjenje krvnega sladkorja, hranjenje po cevki itd.)	Ura/čas

Prenos zgoraj omenjenih zdravstvenih dejavnosti sem izvedel v skladu s 50a. členom Zdravniškega zakona 1998 (glej izjavo o prenosu).

.....
Kraj, datum

.....
Ime, priimek in podpis zdravnika