### DOVOLILNICA TABORA

Podpisani oče/mati \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **dovoljujem**, da se moj/a

sin/hči \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.rojen/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_v\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

udeleži poletnega tabora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Slovenske zamejske skavtske organizacije,

ki bo potekal v \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_\_do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

S podpisom sem seznanjen/a in se obvežem, da pridem predčasno po sina/hčerko, če vodstvo tabora

smatra za primerno.

Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ZDRAVSTVENA SHEDA

1. Ali vaš otrok nosi zobni aparat? DA NE
2. Ali je bil vaš otrok cepljen proti klopnemu meningitisu? DA NE
3. Ali je imel vaš otrok v zadnjem letu hujše zdravstvene težave

 (mononukleoza, borelioza, zlomi, fobije...) DA NE

Katere? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ali mora vaš otrok jemati zdravila?⁫ DA NE

Katera? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ali ima vaš otrok določene (tudi prehrambene) alergije?⁫ DA NE

Katere? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ali je vaša hči že imela prvo menstruacijo? DA NE
2. Ali vaš otrok obvlada plavanje? DA NE

8. Razno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Navedite kontaktno številko,

na kateri vas lahko dobimo v primeru potrebe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V primeru poškodbe vašega otroka, vas bomo nemudoma kontaktirali in se posvetovali. V primeru, da vas na noben način ne bomo mogli najti, vas prosimo za dovoljenje, da poverimo zdravnikom odločitve glede nujnih zdravstvenih storitev:

⁫Podpisani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dovoljujem da, v primeru, da me vodstvo tabora ne uspe kontaktirati, zdravniki v soglasju z vodstvom tabora odločajo o nujnih zdravstvenih posegih glede mojega sina/hčerke.

Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_