



MLADINSKI CENTER POSTOJNA

ZP Medobčinsko društvo  
MS prijatelj mladine Postojna in Pirva  
PO-PI



## PRINESITE PRVI DAN UDELEŽBE VAŠEGA OTROKA NA POČITNICAH!

VPRAŠALNIK O ZDRAVSTVENEM STANJU OTROK IN IZJAVA STARŠA/SKRBNIKA.

Podpisani \_\_\_\_\_, starš/skrbnik otroka \_\_\_\_\_ zagotavljam, da so spodaj navedeni podatki zdravstvenega stanja/simptomov v zadnjih 14 dneh pred udeležbo na počitniških aktivnostih mojega otroka resnični.

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. Ali ima/je imel otrok povišano telesno temperaturo?   | DA | NE |
| 2. Ali otrok kašlja/je kašljal?  | DA | NE |
| 3. Ali je/je bil otrok nahoden?  | DA | NE |
| 4. Ali ima/je imel otrok glavobol?   | DA | NE |
| 5. Ali otrok kaže/je kazal znake slabega počutja?  | DA | NE |
| 6. Ali ima/je imel otrok bolečine v grlu, žrelu?   | DA | NE |
| 7. Ali otrok težko diha/je težko dihal (občutek pomanjkanja zraka)?  | DA | NE |
| 8. Ali ima/je imel otrok drisko?   | DA | NE |
| 9. Ali je bil otrok v zadnjih 14 dneh v stiku s potencialno okuženo osebo oz. osebo, ki je kazala zgoraj navedene znake? | DA | NE |

Izjavljam, da navedeni otrok v zadnjih 14 dnevih NI BIL v državah, ki so na aktualnem rdečem seznamu in NI BIL V STIKU z osebami, ki so bili v zadnjih 14 dnevih v državah z aktualnega rdečega seznama.

S svojim podpisom jamčim, da so podatki o zdravstvenem stanju otroka resnični in zagotavljam, da se v primeru zgoraj navedenih zdravstvenih težav otrok ne bo udeležil počitniških aktivnosti.

S podpisom tudi potrjujem, da sem seznanjen s tveganji, povezanimi z virusom COVID-19, do katerih lahko pride na aktivnostih, da sem otroka seznanil in poučil o ustreznih ukrepih in da bo moj otrok upošteval vsa navodila in ukrepe.

**Seznanjen/a sem, da je spoštovanje zgoraj navedenih zavez pogoj za udeležbo otroka na aktivnostih.**

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

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