



| | | |
|--|--|-----------------|
|   | Министарство просвете, науке и технолошког развоја ДОМ УЧЕНИКА СРЕДЊИХ ШКОЛА ЛЕСКОВАЦ | Број: _____ |
| | ЗДРАВСТВЕНИ ЛИСТ УЧЕНИКА | Датум: _____ |

Попуњава родитељ или старатељ

| | | | |
|------------------------------------|--|----------------------|--|
| Презиме и име ученика | | Датум рођења ученика | |
| Презиме и име родитеља (старатеља) | | Занимање | |
| Адреса сталног боравка | | Телефон | |

Наведите да ли имате сазнања да Ваше дете болује од: шећерне болести, епилепсије, месечарства, хемофилије, астме, срчаног обољења, болести зависности, _____, _____, _____, (заокружити)

Наведите могућу алергијску реакцију на неодговарајућу храну, лекове, полен, праšину, гриње и сл.

Наведите терапију које Ваше дете узима (назив лека, упутства за давање)..

Информације на овом формулару се прикупљају да се утврди здравствено стање Вашег детета као и за друге потребе у вези са заштитом здравља Вашег детета које борави у Дому. Ове информације ће се чувати на сигурном месту и користиће се само за потребе Дома.

Потпис Родитеља/Старатеља

бр. личне карте