**VPRAŠALNIK O OTROKU**

*(izpolnijo starši/skrbniki)*

**Ime in priimek otroka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**POSEBNE POTREBE**

**Ali ima otrok odločbo, da je otrok s posebnimi potrebami** (obkroži)? **DA NE**

**Katera kategorija** (če ste obkrožili da):

a) Otrok z motnjo v duševnem razvoju

b) Slep ali slaboviden otrok

c) Gluh ali naglušen otrok

č) Otrok z govorno-jezikovnimi motnjami

d) Gibalno oviran otrok

e) Dolgotrajno bolan otrok

f) Otrok s primanjkljaji na posameznih področij učenja

g) Otrok s čustvenimi in vedenjskimi motnjami

h) Otrok z avtističnimi motnjami

**Kratka obrazložitev** (če ste obkrožili da):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**BOLEZNI**

**Ali ima/je imel otrok kakšno bolezen** (obkroži)? **DA NE**

Katero (če ste obkrožili da)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALERGIJE**

**Ali ima otrok kakšno alergijo – HRANA / ZDRAVILA / drugo** (obkroži)? **DA NE**

Katero (če ste obkrožili da)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZDRAVILA**

**Ali otrok trenutno prejema zdravila** (obkroži)? **DA NE**

Katera zdravila – v kolikšnem odmerku, kolikokrat dnevno in kdaj? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CEPLJENJE in OTROŠKE BOLEZNI**

**Ali je bil otrok cepljen po programu** (obkroži)? **DA NE**

**Za katere bolezni otrok NI bil cepljen** (če ste obkrožili ne)? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ali je otrok prebolel vodene koze (norice)** (obkroži)? **DA NE**

**POŠKODBE**

**Ali ima/je imel otrok v zadnjih 3 mesecih kakšno poškodbo** (obkroži)? **DA NE**

Kdaj in kakšno (če ste obkrožili da)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PODATKI O OTROKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **DA** | **NE** |
| **DA** | **NE** |
| **DA** | **NE** |
| **DA** | **NE** |
| **DA** | **NE** |
| **DA** | **NE** |

**Ali je otrok kdaj bil odsoten od doma 3 dni ali več** (počitnice, šole v naravi, …)?

**Ali je otrok samostojen pri jedi?**

**Ali je otrok samostojen pri oblačenju?**

**Ali je otrok samostojen pri tuširanju?**

**Ali otrok moči posteljo?**

**Ali ima otrok težave z uhajanjem blata?**

**ZNANJE PLAVANJA**

**Ocenite otrokovo znanje plavanja** (izberi en odgovor):

a) Otrok je popolnoma neplavalec in se boji vode

b) Otrok je neplavalec, vendar se ne boji vode

c) Otrok je slabši plavalec – potrebuje dodatno kontrolo

č) Otrok je precej dober plavalec

d) Otrok je popolnoma samostojen plavalec

e) Ne vem / ne morem se odločiti

**Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis starša/skrbnika: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **SOGLASJE STARŠEV/SKRBNIKOV**  Starš ali skrbnik **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (ime in priimek starša/skrbnika)  otroka **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ime in priimek otroka), sem seznanjen, da v Mladinskem zdravilišču in letovišču RKS Debeli rtič za otroke organizirajo različne zdravstvene programe, kreativne delavnice, predavanja, dogodke in proslave ter da se udeležujejo likovnih in športnih natečajev, ki jih organizirajo druge ustanove.  S podpisom soglašam:   1. da **otrok sodeluje pri programu** in da so njegovi **izdelki razstavljeni in objavljeni**,   Se strinjam Se ne strinjam   1. da otroka snemajo, intervjuvajo in/ali slikajo med izvajanjem programov in da so **posnetki, reportaže, slike lahko javno objavljene**.   Se strinjam Se ne strinjam      Podpis starša/skrbnika:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*Vse osebne podatke obravnavamo zaupno in jih uporabljamo zgolj v namene, za katere so bili pridobljeni. Če bo nastala potreba po obdelavi podatkov za kateri drugi namen, vas bomo o tem predhodno obvestili in vas zaprosili za vašo privolitev. Pravico imate, da kadarkoli zahtevate vpogled v vaše podatke, njihovo spremembo ali njihov izbris.*