**Údaje pro zdravotnici**

Jméno a příjmení hráče/hráčky ………………………………………………………………………..

adresa trvalého bydliště…………………………………………………………………………….

jméno dětského lékaře hráče/hráčky ………………………………………………………………..

zdravotní pojišťovna …………………………………………………………………………………….

**TRVALE UŽÍVANÉ LÉKY NEBO JINÉ PŘÍPRAVKY (dýchací přístroj apod.)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Název léku** | **Harmonogram užívání****(ráno, poledne, večer)** | **Počet tbl., kapek apod.** | **poznámka** |
| *Příklad:*DithiadenZyrtecDýchací přístroj | *Příklad:*0-0-11-0-1SOS | *Příklad:*½ tbl.1 tbl.1x | *Příklad:*každodenněpři potížíchSOS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**JINÉ ZVLÁŠTNOSTI VAŠEHO DÍTĚTĚ, O KTERÝCH BYCHOM MĚLI VĚDĚT:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**V Děčíně: ………………………………….. Podpis zákonného zástupce: ……………………………………………….**