**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:*  Dithiaden  Zyrtec  Dýchací přístroj | *Příklad:*  0-0-1  1-0-1  SOS | *Příklad:*  ½ tbl.  1 tbl.  1x | *Příklad:*  každodenně  při potížích  SOS |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

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

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