



ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK ŽÁKA A INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení žáka: _____

Datum narození: _____

Třída: _____

Zdravotní pojišťovna žáka: _____

1. Zdravotní stav a omezení

Trpí dítě některým z následujících onemocnění nebo zdravotních omezení? (zaškrtněte)

- ☐ **Alergie** (potraviny, léky, hmyz, prach, pyl aj.)
 - *Specifikujte alergie a reakci:*_____
- ☐ **Astma / Dýchací potíže**
- ☐ **Diabetes (Cukrovka)**
- ☐ **Epilepsie / Křečové stavy**
- ☐ **Srdeční onemocnění nebo omezení fyzické zátěže**
- ☐ **Omezení v tělesné výchově** (trvalé / částečné):

Vyžaduje doložení posudku/lékařské zprávy od dětského nebo odborného lékaře. Bez doložení lékařské zprávy nelze žáka z TV nebo jejích částí uvolnit.

- ☐ **Jiná závažná onemocnění nebo omezení:**

2. Trvale užívané léky a jejich podávání

- **Užívá dítě trvale nějaké léky?** ☐ **NE** ☐ **ANO**
- *Pokud ANO, uveďte název léku a dávkování:*

- **Pohotovostní lék při akutní reakci** (např. EpiPen, inhalátor pro astmatiky):
 - Název léku a instrukce k podání:

 - *Souhlasím s tím, aby určený pedagogický pracovník v krizové situaci podal výše uvedený pohotovostní lék dle instrukcí.* ☐ **ANO** ☐ **NE**



Základní škola Budiměřice, okres Nymburk

Budiměřice 28, 288 02, Nymburk
IČO: 70989486 www.zs-budimerice.cz

3. Kontaktní osoby v případě náhlého onemocnění nebo úrazu

- **Další kontaktní osoba (v případě nedostupnosti rodičů):**

- Jméno, příjmení a vztah k dítěti:

- Telefonní číslo: _____

4. Souhlas s poskytnutím první pomoci a ošetření

Zákonný zástupce bere na vědomí, že v případě akutního zhoršení zdravotního stavu nebo úrazu žáka škola:

1. Poskytne první pomoc.
2. Bezodkladně kontaktuje zákonné zástupce.
3. V případě potřeby přivolá Zdravotnickou záchrannou službu (linka 155).

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Zavazuji se neprodleně nahlásit škole jakoukoliv změnu zdravotního stavu dítěte nebo kontaktních údajů.

V _____ dne _____ 2026

Podpis zákonného zástupce: _____