**Jméno a příjmení žákyně/žáka/studentky**: ………………………………………………………

**ALERGIE:**

* Uveďte prosím, jakými alergiemi trpí dívka/chlapec (včetně alergie lékové, alergie na desinfekční roztoky, náplasti, apod.).Tyto informace budou předány lékaři v případě zdravotních problémů.

………………………………………………………………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………

* Tyto alergie se projevují

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

**EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT**

* Vyskytl se u dívky/chlapce někdy EPILEPTICKÝ ZÁCHVAT?Pokud ano, uveďte, zda jsou tyto záchvaty pravidelné.

ANO NE

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

* **Trpí-li dívka/chlapec epilepsií** popište prosím všechny příznaky, průběh, první pomoc apod. Uveďte i telefonní číslo na lékaře, který dítě léčí a má o průběhu nemoci dokumentaci. (Tento kontakt bude v případě záchvatu předán lékaři RZP.)

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

**INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ** (prosím zaškrtněte prodělaná infekční onemocnění)

* infekční žloutenka
* spála
* příušnice
* plané neštovice
* zarděnky
* mononukleóza
* časté angíny
* opakované infekce močových cest
* opakované infekce dýchacích cest
* covid-19
* jiné(vypište prosím ty, které se často opakují)

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

………………..……………………….…...………………...………………………………………

**NEUROLOGICKÉ PROBLÉMY** (uveďte prosím podle pravdy)

* Léčí se dívka/chlapec na NEUROLOGII? ANO NE

Uveďte prosím důvody léčby:………………………………………………………………………….............

……….…………………………………………………………….…….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**PRODĚLANÉ OPERACE** (uveďte prosím jaké)

…………………………….………………………………………………………………....……………………………………………………………………………………………………………………………….

**CHRONICKÉ POTÍŽE** (prosím zaškrtněte)

* bolesti páteře
* bolesti kloubů
* ekzémy
* zažívací obtíže
* časté bolesti hlavy
* sklon ke kolapsovým stavům
* silné menstruační bolesti
* chudokrevnost
* nespavost
* psychické problémy *(zaškrtněte prosím podle pravdy)*
* **jiné** (vypište prosím)

…………………….………………………………………….……………………............................ ………………………………………………………………………………………………………..

**PSYCHICKÉ PROBLÉMY**

* Léčí se dívka/chlapec na PSYCHIATRII? ANO NE

Uveďte prosím, z jakého důvodu:………………………………………………………………………………

………….…………….………………………………………………….………………………………………

* Užívá dívka/chlapec léky OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU? ANO NE

Uveďte prosím léky, které užívá a jejich případné projevy na psychickém stavu dívky?

.....................................….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…….……..

* Dochází dívka/chlapec do PEDAGOGICKO-PSYCHOLOGICKÉ PORADNY?

ANO NE

Uveďte prosím, z jakého důvodu:………………………………………………………………………….………….…………….………………………………………………….…………………………………...…..…………………………………………………………………………………………………………………….

* Má dívka/chlapec lékařem nařízena nějaká OMEZENÍ DENNÍHO REŽIMU?

ANO NE

Uveďte prosím jaké?……………...……….…………………………………………………………….............

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

**MEDIKAMENTY**

* Užívá dívka/chlapec nějaké léky? TRVALE PŘI OBTÍŽÍCH

Pokud ano, je **nutné mít tyto léky u sebe**, včetně léků, které **užívá příležitostně** (např. na bolesti hlavy, svalů, při menstruačních bolestech apod.)

**Vážení rodiče, máte-li ještě nějaké další informace, které považujete za důležité nám sdělit, uveďte je zde. V případě zdravotních obtíží vaší dcery/vašeho syna nám pomohou lépe se orientovat ve vzniklé situaci.**

……………………………………………………………………………………...…………………...…………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..……………………..………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………..……………………..………………………………………………………………………………………………

Osobní údaje uvedené v tomto dotazníku jsou zpracovány z titulu plnění právní povinnosti uložené správci v § 22 odst. 2 a 3 a § 28 odst. 3 písm. c) zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon. Jako zvláštní kategorie osobních údajů mohou být zpracovávány pro ochranu veřejného zájmu v oblasti veřejného zdraví
a veřejného zájmu na poskytování vzdělání (čl. 9 odst. 2 písm. g) a i) GDPR). Účelem zpracování je umožnění řádné péče o ubytované, dozoru a ochrany zdraví ostatních ubytovaných. Osobní údaje mohou být v nezbytném případě a rozsahu předány poskytovateli zdravotních služeb.

Jsme si vědomi právních následků, které by nás postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé. Svým podpisem stvrzujeme, že vyplněné údaje jsou pravdivé a úplné.

V ……………………………….……dne……………………………..

………….…………………………………..

podpis rodičů nezletilé studentky/nezletilého studenta

Jsem si vědoma právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé. Svým podpisem stvrzuji, že vyplněné údaje jsou pravdivé a úplné.

V ……………………………….……dne……………………………..

…………………………………..

 podpis zletilé studentky