



## VPRAŠALNIK ZDRAVSTVENE POSEBNOSTI ZA ŠOLSKO LETO 2022/2023

Spodaj podpisani/a \_\_\_\_\_ obveščam razrednika/razredničarko,  
da ima moj sin/hčerka \_\_\_\_\_, učenec/učenka \_\_\_\_\_ razreda:

a) alergijo (napišite vrsto alergije) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) astmo

c) jemlje zdravila proti \_\_\_\_\_

č) drugo \_\_\_\_\_

- Ravnanje v primeru napada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Zdravila (ime in način doziranja):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V/Na \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_  
(kraj) (datum)

\_\_\_\_\_  
(čitljivo izpisati ime in priimek staršev/zakonitega zastopnika)

\_\_\_\_\_  
(lastnoročen podpis staršev/zakonitega zastopnika)