SUGLASNOST ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENIH POSTUPAKA

Ja, _____ (ime i prezime roditelja/skrbnika) OIB: _____

roditelj/skrbnik djeteta _____ (ime i prezime djeteta) rođenog/rođene _____
polaznika/ice Dječjeg vrtića _____ skupina _____

dajem **suglasnost** da se mom djetetu u prostoru dječjeg vrtića, prema uputama liječnika i u skladu s važećim propisima, mogu provoditi sljedeći zdravstveni postupci:

- davanje propisane terapije (npr. sirupi, kapi, inhalacije, peroralne terapije i sl.)
- mjerenje vitalnih funkcija, glukoze u krvi
- pružanje prve pomoći u slučaju ozljede ili iznenadnog pogoršanja zdravstvenog stanja
- drugi zdravstveni postupci prema preporuci liječnika i u skladu s propisima

Izjavljujem da sam odgojno-obrazovne djelatnike upoznao/la s posebnim zdravstvenim potrebama mog djeteta (alergije, kronične bolesti, terapije i sl.), te da sam priložio/la odgovarajuću liječničku dokumentaciju, ako je potrebna.

Suglasnost vrijedi do opoziva.

Datum (potpis roditelja/skrbnika)

_____ _____