

Meditsiiniline vorm

LAPSE NIMI:	
Sünnikuupäev:	Isikukood:
Teadaolevad allergiad (nt toidud, putukahammustused, ravimid):	
Tarbib hetkel ravimeid: ☐ Ei ☐ Jah	
Kui jah, siis märkige millist tüüpi ja millises doosis:	
Palun esitage retseptide koopiad ning piisavalt ravimeid kogu reisile kuluvaks ajaks.	
Kõik praegused haigused, nt astma, epilepsia, erivajadused, madal vererõhk, diabeet, soodumus migreeni/minestamise/pearingluse tekkeks, depressioon/ärevus:	
Kõik varasemad operatsioonid ja haiglaravid:	
Kindlustusfirma nimi: Kindlustuslepingu number:	
Kas on veel midagi, mida täiskasvanud saatja ja ürituse korraldajad peaksid teadma, et tagada teie lapse ohutus, kaitse, heaolu ja võimalus täielikult osaleda:	

Lapsevanema nõusolek

Palun märkige allpool, kui annate või ei anna nõusolekut lapsele käsimüügiravimite andmiseks kergemete tervisehäirete raviks, näiteks pea- ja kõhuvalud. Tõsisemate haiguste puhul viiakse teie laps kvalifitseeritud arsti juurde.

☐ Mina/meie annan/anname oma nõusoleku, et laps võib vajadusel võtta käsimüügiravimeid, näiteks ibuprofeeni, paratsetamooli, aspiriini.

☐ Mina/meie EI ANNA oma nõusolekut, et võiks võtta mistahes ravimeid ükskõik milliste tervisehäirete raviks.

Kuupäev:

Lapsevanema/seadusliku hooldaja nimi

Perekonnanimi ja eesnimi:

Allkiri:

Sünnikuupäev:

Perekonnanimi ja eesnimi:

Allkiri:

Sünnikuupäev: