

<b>Právníká osoba vykonávající činnost školy nebo školského zařízení (RED IZO, název, sídlo, IČ):</b> RED IZO: 600024792 Název: Střední škola a základní škola Žamberk Ulice: Tyršova 214 Město: Žamberk PSČ: 564 01 IČ: 49314840	<b>ZÁZNAM O ÚRAZU (DÍTĚTE, ŽÁKA, STUDENTA)</b> Pořadové číslo záznamu o úrazu/školní rok:        /        / Byl záznam vyhotoven na žádost? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
<b>Škola, školské zařízení (např. ZŠ, SŠ)</b>	Datum narození:        Třída:        Ročník:	
<b>Jméno a příjmení zraněného</b> Jméno:        Příjmení:	<b>Jméno a příjmení a místo trvalého pobytu zákonného zástupce:</b> Jméno:        Příjmení: Ulice:        Č.p.: Město:        PSČ:	
<b>Místo trvalého pobytu zraněného:</b> Ulice:        Č.p.: Město:        PSČ:	<b>Zákonný zástupce vyrozuměn:</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<b>Jak byl vyrozuměn:</b> telefonicky <input type="checkbox"/> osobně <input type="checkbox"/> jiným způsobem (jakým): V kolik hodin:
<b>Datum úrazu:</b> Čas: Místo:	<b>Šlo o úraz smrtelný:</b> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	
<b>Zdravotnické zařízení, kde byl zraněný ošetřen, léčen:</b>	<b>Popis události:</b> Zraněná část těla: Předpokládaná příčina úrazu: Lze předpokládat zavinění zraněného?        Lze předpokládat zavinění jiné osoby? ANO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE        ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Věc, kterou bylo zranění bezprostředně způsobeno: Preventivní opatření, které mělo úrazu předejít a bylo školou nebo školským zařízením přijato v době před úrazem:	<b>Druh činnosti:</b> 1) <input type="checkbox"/> vyučovací hodina 2) <input type="checkbox"/> přestávka 3) <input type="checkbox"/> praktické vyučování nebo praktická příprava 4) <input type="checkbox"/> péstitelské práce, praktické činnosti a dílny 5) <input type="checkbox"/> tělesná výchova – skupinová činnost 6) <input type="checkbox"/> tělesná výchova – individuální činnost 7) <input type="checkbox"/> školní výlet 8) <input type="checkbox"/> sportovní akce a soutěže 9) <input type="checkbox"/> kurzy plavání, lyžování a sportovně – turistické kurzy 10) <input type="checkbox"/> jiné činnosti
<b>Byl úraz způsoben nebo ovlivněn jinou osobou?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
<b>Vznikl následkem spolupůsobení přírodních živlů, nebo zvířat?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
<b>Jméno, příjmení a podpis svědků:</b>		
Zde napište jméno:	Zde napište příjmení:	..... podpis
Zde napište jméno:	Zde napište příjmení:	..... podpis
<b>Datum sepsání záznamu</b>	<b>Podpis zraněného (umožňuje-li to jeho stav)</b> Jméno:        Příjmení: Funkce: Podpis: osoby vykonávající dohled v době úrazu	Jméno:        Příjmení: Podpis: ..... <b>vedoucího zaměstnance</b> Razítko: