

ZÁZNAM O ŠKOLNÍM ÚRAZU

STUDENTA

Evidenční číslo záznamu:

A. Údaje o fakultě (součástí Jihočeské univerzity):

1.	Název a její sídlo (adresa):
2. Předmět podnikání (OKEC): 803020	
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta JU	3. IČO: 60076658

B. Údaje o postiženém:

Zdravotní pojišťovna, kód:

1. Jméno a příjmení:		2. Datum narození:	
3. Ročník:	4. Forma studia: ☐ - prezenční ☐ - distanční ☐ - kombinované		
5. Adresa trvalého pobytu:		6. Adresa pro doručování:	

C. Údaje o úrazu:

1. Datum úrazu:	2. Hodina úrazu:	3. Místo, kde k úrazu došlo:
4. Druh zranění a zraněná část těla:		
5. Druh úrazu:	☐ - ostatní	☐ - smrtelný
6. Činnost při které k úrazu došlo: ☐ - účast na výuce ☐ - práce v laboratoři ☐ - exkurze ☐ - tělesná výchova (mimo výcvikových kurzů a sportovních soutěží) ☐ - výcvikové kurzy (letní, zimní)		☐ - sportovní soutěže organizované vysokou školou ☐ - pobyt v menze ☐ - praktické vyučování mimo vysokou školu (provozní praxe) ☐ - ostatní činnosti (vypsat jaké):

7. Vyčerpávající popis příčin a okolností, za nichž došlo k úrazu: (v případě potřeby pokračuje na volném listě)	
8. Zraněný byl seznámen dne _____ s bezpečnostními předpisy nebo pokyny vztahující se k činnosti, při které došlo k úrazu. podpis pedagogického dozoru:	
9. Uveďte jaké bezpečnostní předpisy byly v souvislosti s úrazem porušeny (postiženým, JU, apod.); zda byl úraz způsoben nebo ovlivněn jinou fyzickou nebo právnickou osobou (uveďte jméno a adresu):	
10. Vyplňuje se pouze v případě úrazu při praktickém vyučování u jiné právnické nebo fyzické osoby Postižený ohlásil úraz provozovateli praktického vyučování dne: Datum, jméno a příjmení a podpis odpovědného zástupce provozovatele: 	

Datum

(podle možnosti)

a podpis postiženého:

.....

Datum,

jména a příjmení

a podpisy svědků úrazu:

.....

.....

.....

.....

.....

Datum sepsání záznamu, jméno a příjmení,

Podpis pedagogického dozoru:

.....