

NAČIN PRIJAVE:

Starš ali skrbnik izpolni prijavnico, ki jo pošlje po pošti, faksu ali mailu.

INFORMACIJE:

Breda Prunk Franetič, dr. med., spec. šolske medicine
Vodja zdravstvenega sektorja v Zdravilišče RKS Debeli rtič
E: breda.franetic-prunk@mzl-rks.si

REZERVACIJE:

Zdravilišče RKS Debeli rtič
Jadranska cesta 73, 6280 Ankaran
T: 05 909 7000, 05 909 7021
E: recepcija.mzl@mzl-rks.si
www.zdravilisce-debelirtic.si

Partnerji pri programu: Univerza na Primorskem,
Fakulteta za vede o zdravju in Zdravstveni dom Koper



ZDRAVSTVENI DOM KOPER
CASA DELLA SANITA' DI CAPODISTRIA



STARŠ (SKRBNIK)

Ime in priimek starša (skrbnika) otroka: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov začasnega bivališča: _____

GSM starša oz. skrbnika (vedno dosegljiv): _____

Mail naslov: _____

Kaj nam še želite sporočiti? _____

Kje ste izvedeli za nas (obkroži)?

- Facebook
- Šola
- Televizija
- Internet
- Zloženka
- Od znanca, prijatelja
- Drugo: _____

Ime in priimek: _____

Podpis: _____

Debeli rtič
ZDRAVILIŠČE

DOBER TEK
Slovenija
Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Debeli rtič
ZDRAVILIŠČE

DOBER TEK
Slovenija
Nacionalni program o prehrani in telesni dejavnosti za zdravje 2015–2025



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

14 dnevni tabor **MOJ IZZIV 3**

INTERDISCIPLINARNI PRISTOP PRI OBRAVNAVI PREKOMERNO HRANJENIH
OTROK IN MLADOSTNIKOV S Poudarkom NA DvIGU
ZDRAVSTVENE PISMENOSTI CELE DRUŽINE

NOVOST

Zdravilišče RKS Debeli rtič je
razvilo **nov program zdravljenja
debelosti in prekomerne telesne
mase za otroke in mladostnike,**
katerega strokovno in finančno
podpira ter sofinancira
**Ministrstvo za zdravje
Republike Slovenije.**



PROGRAM ZDRAVLJENJA ZA OTROKE, stare 7-19 let

Dvotedenski program se izvaja timsko (zdravnik, prehranski svetovalec, psiholog, fizioterapevt in/ali delovni terapevt in kineziolog).

Program so pripravili priznani strokovnjaki

- **doc. dr. Tamara Poklar Vatovec**, *docentka za dietetiko, pedagoška in raziskovalna delavka*
- **doc. dr. Katarina Kompan Erzar**, *docentka za zakonsko in družinsko terapijo, predavateljica, terapevtka, supervizorka z licenco SZS*
- **dr. Iztok Retar**, *profesor športne vzgoje*
- **Breda Prunk Franetič**, *dr.med, spec.šol.med.*

Zdravilišče je razvilo **edinstven program**, ki vključuje aktivno prisotnost staršev-skrbnikov v času vmesnega konca tedna (sobota-nedelja). **14 dnevnomu taboru sledi mesečno spremljanje za obdobje enega leta.**

Program je inovativen v Sloveniji in aktivno vključuje celotno otrokovo družino. Temelji na izkušnjah uspešnih programov in dobrih praks iz tujine.

Program je namenjen otrokom in mladostnikom od 7 do 19 leta, ki imajo težave s prekomerno telesno maso in si želijo spremeniti življenjski slog, s poudarkom na gibanju in zdravi uravnoteženi prehrani.

Zdravstvene koristi programa so v preprečevanju bolezni pogojenih z debelostjo, krepitev duševne sposobnosti in zmanjšanje duševne potrtosti, povečanje zmoglosti samooskrbe, običajnih delovnih in družinskih dejavnosti ter nenazadnje bistveno višja kakovost življenja.

Začetne spremembe pri otrocih vključenih v program so **izguba telesne mase in izboljšana sposobnost za telesno aktivnost, povečanje znanja o zdravem prehranjevanju, povečanje zaupanja in boljša samopodoba, povečanje socialnega vključevanja (več prijateljev), boljši družinski odnosi ter večja disciplina kot rezultat vključitve staršev v program in določanje mej otrokom.**

Otroci bodo aktivno vključeni v pripravo zdravih obrokov, aktivnosti v naravi, veliko športa in gibanja, gradnji samopodobe in učenja za življenje.

TERMINI TABORA

sobota, 17.2.2024 – sobota, 2.3.2024

sobota, 26.10.2024 – sobota, 9.11.2024

PROGRAM JE BREZPLAČEN



PRIJAVA NA TABOR »MOJ IZZIV«

TERMINI TABORA

Otroci se lahko udeležijo tabora v naslednjih terminih (obkroži):

- **sobota, 17.2.2024 – sobota, 2.3.2024**
- **sobota, 26.10.2024 – sobota, 9.11.2024**



OTROK

Ime in priimek otroka: _____

Datum in kraj rojstva otroka: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Naslov začasnega bivališča: _____

Otrokove posebnosti (zdravila, bolezni, alergije,...): _____

Obvezna priloga - zdravniško potrdilo osebnega zdravnika otroka.

Osební zdravnik otroka (ime, priimek, tel. št.) _____