

IMIĘ .....

NAZWISKO .....

DATA I MIEJSCE URODZENIA .....

ADRES ZAMIESZKANIA:

ulica ..... nr ..... kod ..... miejscowość .....

telefon ..... e-mail .....

**Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka**

Pesel dziecka: .....

1. Dolegliwości i objawy występujące u dziecka\*: omdlenia, drgawki, utrata przytomności, szybkie męczenie się, częste bóle głowy, częste bóle brzucha, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, łęki nocne, inne .....

2. Przebyte choroby\* (podać rok): żółtaczką zakaźną, dur brzuszny, cukrzyca, padaczka, inne .....

3. Na jakie pokarmy dziecko jest uczulone?: .....

4. Czy dziecko otrzymało surowicę? (jaką i kiedy): .....

5. Jak dziecko znosi jazdę? (pociągiem, samochodem, autobusem): .....

6. Inne informacje o zdrowiu dziecka: .....

\* właściwe podkreślić

**Oświadczam, że podałem(am) wszystkie znane mi informacje o zdrowiu dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.**

Miejscowość i data ..... Podpis rodzica (opiekuna) .....

**Informacja lekarska**

Waga ..... Wzrost ..... Szczepienia (podać rok): ospa ..... BGC .....

dur ..... tężec ..... błonnica ..... polio .....

Grupa dyspanseryjna ..... Stan skóry, włosów .....

Dziecko może być uczestnikiem .....

Zalecenia dla wychowawcy .....

Miejscowość, data ..... Podpis lekarza/pielęgniarki (z pieczętą) .....