# DWUJĘZYCZNA SZKOŁA PODSTAWOWA
# HUMAN TO HUMAN

WYWIAD O STANIE ZDROWIA UCZNIA

(WYŁĄCZNIE DO INFORMACJI SZKOLNEJ SŁUŻBY ZDROWIA)

Nazwisko i imię dziecka.....klasa.....

Data i miejsce urodzenia..... PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Tel. kontaktowy do rodziców, opiekunów.....

Przebyte choroby.....

Przebyte choroby zakaźne (podać rok) .....

….....

Pobyt w szpitalu (kiedy z jakiego powodu) .....

….....

Opieka poradni specjalistycznej (jakiej, z jakiego powodu) .....

….....

Czy u dziecka występowały (kiedy, z jakiego powodu):

Drgawki ….....

Utraty przytomności .....

Omdlenia.....

Bóle głowy .....

Urazy głowy .....

Czy dziecko:

Jest alergiczne (jeżeli tak, to na co).....

Nosi okulary .....

Choruje przewlekle .....

Przyjmuje na stałe lub okresowo leki (jakie, z jakiego powodu) .....

Może uczęszczać na basen .....

Ma przeciwskazania do uprawiania sportu (z jakiego powodu) .....

Inne dolegliwości .....

Uwagi i życzenia Rodziców .....

Data ….....  Podpis Rodzica .....

Wyrażam zgodę na opiekę medyczną podczas pobytu dziecka w szkole.

Podpis Rodzica ….....

05-850 Ożarów Mazowiecki ul.
Strzykulska 6
sekretariatH2H@h2h.edu.pl +48 664 195 535