

ANKIETA MEDYCZNA UCZNIA

(WYŁĄCZNIE DO INFORMACJI SZKOLNEJ SŁUŻBY ZDROWIA)

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia: _____

Kontakt z rodzicami / opiekunami:

Matka: _____ **Ojciec:** _____

Przebyte choroby (w tym zakaźne) _____

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 - _____

- urazy głowy - _____

- bóle głowy - _____

Czy dziecko:

- jest szczepione _____

- jest uczulone (na co) _____

- nosi okulary (jaka wada wzroku) _____

- choruje przewlekłe (na co, od kiedy) _____

- przyjmuje na stałe leki (jakie, z jakiego powodu) _____

- miało kontakt z gruźlicą (kiedy) _____

- ma przeciwwskazania do uprawiania sportu (z jakiego powodu) _____

Inne dolegliwości: _____

podpis rodzica/opiekuna