……………………………………………………

Miejscowość, data

 **Informacje Zdrowotne**

Rodziców/Opiekunów Prawnych o Dziecku

1. Nazwisko i imię dziecka: …………………………………………………...…..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Numer pesel:
2. Upoważniam Siostrę Dyrektor Bursy dla Młodzieży Żeńskiej Sióstr Boromeuszek s. Monikę - Sylwię Kolarz legitymującą się dowodem osobistym: AVL 801410 do podjęcia decyzji w razie nagłego wypadku i konieczności leczenia szpitalnego.

……………………………...……………………………………………………

Podpis Rodziców/Opiekunów Prawnych

1. Czy dziecko ma uczulenie (alergie) na co? ……………….………………….… objawy uczulenia : …………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………...

1. Czy przyjmuje leki - jakie? ….…………………………………...…………….

……………………………………………………………………………….…..

1. Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej- jakiej? ………………………………………………………………………...…………
2. Czy dziecko jest pod opieką kardiologa? …………………………….……………………………………………….…….
3. Czy jest leczone z powodu napadów epilepsji? …………………………….………………………………………………..……

Czy w ostatnich 12 miesiącach występowały u córki następujące dolegliwości i objawy \*: \*występujące podkreślić

 Bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, moczenie nocne, bóle przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, częsty długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jąkania, inne-jakie?

……………………..…………………………………………………….…………………….

 7. Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka?

…………………...…………………………………………………………………….………

 8. Uwagi i prośby rodziców

………………………………………..…..……………………………………………………

……………..………………………………………………………………………………….