



KARTA WYWIADU ZDROWOTNEGO UCZNIĄ

Imię i nazwisko:.....

Data urodzenia:.....

1. Czy dziecko choruje na choroby przewlekłe? Jeśli tak, to proszę o zaznaczenie odpowiednich pozycji z listy i podanie nazwy leków jakie dziecko przyjmuje:

- padaczka – leki:.....
- cukrzyca.....
- alergia.....
- choroby serca.....
- inne.....

2. Czy dziecko miało badany wzrok i słuch? Kiedy?

3. Czy dziecko jest pod opieką lekarza specjalisty? Jeśli tak to jakiego? Z jakiego powodu? Czy przyjmuje leki na stałe?

4. Czy dziecko korzysta ze sprzęt specjalistycznego, pomocy wspierających rozwój oraz jego funkcjonowanie?

5. Przebyte urazy (rok życia, rodzaj):

6. Przebyte zabiegi operacyjne (rok życia, rodzaj):

7. Czy u dziecka występują przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w-f lub wysiłku fizycznego? Jeśli tak proszę podać jakie.

8. Czy dziecko ma chorobę lokomocyjną?

9. Inne istotne informacje o stanie zdrowia dziecka

Zobowiązuję się do informowania szkoły o aktualnym stanie zdrowia dziecka oraz przyjmowanych lekach.

Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna