**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA** :

1. Opinia o stanie zdrowia dziecka

..................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................

2. Uwagi rodziców/opiekunów dotyczące zdrowia dziecka:

- przebyte choroby( zwłaszcza zakaźne, astma, padaczka itp.)

................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................

- inne dolegliwości (omdlenia, częste bóle głowy, duszności, szybkie męczenie się,

niedosłuch, nadpobudliwość itd.)

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

- czy dziecko jest uczulone (leki, alergie, jedzenie, dieta)

...............................................................................................................................................................

- czy dziecko nosi okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, itp.?

................................................................................................................................................................

- czy dziecko jest pod stałą kontrolą lekarza specjalisty?

...............................................................................................................................................................

- czy dziecko zażywa leki?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Wyrażam/nie wyrażam zgodę na posiadanie i samodzielne przyjmowanie leków.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne.

Stwierdzam, że podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas pobytu w placówce.

………………………………….. ……………………………………………

(miejscowość i data) (czytelny podpis rodziców/opiekunów)