

C. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

1. Dolegliwości i objawy, które występują u dziecka:

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> częste bóle brzucha | <input type="checkbox"/> krwotoki z nosa | <input type="checkbox"/> zaburzenia równowagi | <input type="checkbox"/> omdlenia |
| <input type="checkbox"/> częste bóle głowy | <input type="checkbox"/> ataki duszności | <input type="checkbox"/> szybkie męczenie się | <input type="checkbox"/> cukrzyca |
| <input type="checkbox"/> przewlekły kaszel | <input type="checkbox"/> częste wymioty | <input type="checkbox"/> lęki nocne | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> moczenie nocne | <input type="checkbox"/> bóle stawów | <input type="checkbox"/> drgawki z utratą przytomności | |

inne (wymienić): _____

2. Przebyte choroby (w którym roku):

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> żółtaczka zakaźna | <input type="checkbox"/> błonica | <input type="checkbox"/> dur brzuszny | <input type="checkbox"/> częste anginy |
| <input type="checkbox"/> zapalenie nerek | <input type="checkbox"/> zapalenie wyrostka robaczkowego | <input type="checkbox"/> zapalenie ucha | |

inne choroby zakaźne _____

inne choroby _____

3. Czy dziecko było w ostatnim roku w szpitalu: nie tak

powód _____

4. Na co dziecko jest uczulone?

5. Czy dziecko otrzymało surowicę? nie tak

jaką i kiedy _____

6. Jak dziecko znosi jazdę samochodem: dobrze źle

7. Czy dziecko nosi okulary: tak nie, aparat ortodontyczny: tak nie

8. Czy dziecko przyjmuje stale leki i w jakich dawkach, inne uwagi o stanie zdrowia dziecka

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w placówce wypoczynku a w razie zagrożenia życia mojego dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

miejsowość, data, podpis _____

D. Informacja pielęgniarki (higienistki) szkolnej

Grupa dyspenseryjna (dotyczy obozów zdrowotnych) _____

Szczepienia ochronne (podać rok):

ospa _____ błonica _____ BCG _____ tężec _____ dur _____ polio (typ) _____

miejsowość, data, podpis _____

E. Orzeczenie lekarskie

imię i nazwisko _____

Po zbadaniu dziecka _____

forma placówki wypoczynku _____

stwierdzam, że może ono być uczestnikiem _____

w okresie _____

w miejscowości _____

Ewentualne uwagi lekarza (wskazania - przeciwwskazania)

miejsowość, data, podpis lekarza _____

WYPELNIĄ LECARZ

WYPELNIĄ ORGANIZATOR

WYPELNIĄ WYCHOWAWCA - INSTRUKTOR

WYPELNIĄ PIELEŃNIARKA SZKOLNA

F. Decyzja o kwalifikacji uczestnika

Postanawia się:

1. Zakwalifikować i skierować dziecko do udziału w placówce wypoczynku, za odpłatnością w wysokości _____

słownie _____

2. Odmówić skierowania dziecka na placówkę wypoczynku ze względu:

(powód odmowy) _____

miejsowość, data, podpis organizatora _____

G. Uwagi i spostrzeżenia wychowawcy-instruktora o dziecku w czasie pobytu w placówce wypoczynku

miejsowość, data, podpis _____