

### C. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka

#### I. 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 jaka 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 \_\_\_\_\_

Eventualne uwagi lekarza (wskazania - przeciwwskazania)

miejsowość, data, podpis lekarza

WYPEŁNIENIA LEKARZA

### 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

WYPEŁNIENIA ORGANIZATORA

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

miejsowość, data, podpis

WYPEŁNIENIA WYCHOWAWCA - INSTRUKTORA

WYPEŁNIENIA RODZICE (OPIEKUNOWIE)

WYPEŁNIENIA PIELEŃNIARKA SZKOLNA