



Adres:.....
PESEL.....

Adres:.....
PESEL.....

INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

Przebyte choroby: (podać, w którym roku życia)

odra.....świnka.....padaczka.....ospa
wietrzna.....szkarlatyna.....żółtaczką zakaźną.....
różyczka.....astma.....choroba reumatyczna.....
choroby nerek (jakie).....
inne choroby.....

U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, łęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekający się kaszel (lub katar, anginy), duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie, inne.....

Dziecko jest*: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwość, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka.....

Dziecko jest uczulone **tak/nie*** (podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu) ..

Dziecko nosi* okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas, inne aparaty.....
zażywa stale leki: (jakie?).....

Jazdę samochodem znosi: **dobrze/źle***
*) Niepotrzebne skreślić

INFORMACJE RODZICÓW (OPIEKUNÓW) O DZIECKU

Przebyte choroby: (podać, w którym roku życia)

odra.....świnka.....padaczka.....ospa
wietrzna.....szkarlatyna.....żółtaczką zakaźną.....
różyczka.....astma.....choroba reumatyczna.....
choroby nerek (jakie).....
inne choroby.....

U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie*: drgawki, utrata przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, łęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienie z nosa, przewlekający się kaszel (lub katar, anginy), duszności, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, jękanie, inne.....

Dziecko jest*: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwość, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka.....

Dziecko jest uczulone **tak/nie*** (podać na co, np. nazwa leku, rodzaj pokarmu) ..

Dziecko nosi* okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas, inne aparaty.....
zażywa stale leki: (jakie?).....

Jazdę samochodem znosi: **dobrze/źle***
*) Niepotrzebne skreślić

.....
miejscowość, data

W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO
LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O
DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W
CZASIE POBYTU NA REKOLEKCJACH

.....
miejscowość, data

.....
podpis matki, ojca (opiekuna)

ORZECZENIE LEKARSKIE

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam rozpoznanie.
2. Dziecko może być uczestnikiem rekolekcji wakacyjnych **TAK/NIE**
3. Zalecenia dla: – wychowawcy.
– służby zdrowia.

.....
data

.....
pieczęć i podpis

.....
miejscowość, data

W RAZIE ZAGROŻENIA ŻYCIA DZIECKA ZGADZAM SIĘ NA JEGO
LECZENIE SZPITALNE, ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE, OPERACJE.

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O
DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU MU WŁAŚCIWEJ OPIEKI W
CZASIE POBYTU NA REKOLEKCJACH

.....
miejscowość, data

.....
podpis matki, ojca (opiekuna)

ORZECZENIE LEKARSKIE

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam rozpoznanie.
2. Dziecko może być uczestnikiem rekolekcji wakacyjnych **TAK/NIE**
3. Zalecenia dla: – wychowawcy.
– służby zdrowia.

.....
data

.....
pieczęć i podpis