

1. Przebyte choroby (podać, w którym roku życia)

odra..... ospa..... różyczka..... świnka..... szkarlatyna.....

żółtaczkazakażna..... choroby reumatyczne..... choroby nerek.....

astma..... padaczka..... inne.....

2. Dolegliwości występujące u dziecka w ostatnim roku omdlenia, bóle głowy, brzucha, niedostuch, duszności, krwawienie z nosa, przewlekły kaszel, katar, anginy i inne:

3. Dziecko jest * nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe, inne informacje o usposobieniu i zachowaniu dziecka;

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

5. Dziecko nosi* okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, ma podwyższony obcas buta, inne:, zażywa stale leki, jakie:

6. Jazdę samochodem znosi **dobrze/ źle*** Jeśli źle to prosimy o zaopatrzenie uczestnika w leki uzgodnione z lekarzem.

7. Inne uwagi o zdrowiu dziecka:

UWAGA: Jeśli dziecko przyjmuje leki proszę o przygotowanie ich w woreczku z imieniem i nazwiskiem oraz opisem ich podawania zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego.

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na placówce wypoczynku jak i w szpitalu.

Ponadto zobowiązuję się do pokrycia kosztów leków specjalistycznych (m.in. antybiotyków) przepisanych przez lekarza na receptę dla syna/córki*.

data podpis matki, ojca lub opiekuna

*** Jeżeli zgoda nie zostaje wyrażona na zakup specjalistycznych leków proszę o skreślenie tego akapitu.**

III. DECYZJA O ZAKWALIFIKOWANIU UCZESTNIKA:

Zakwalifikowano/nie zakwalifikowano* w dniu podpis

IV. INFORMACJE PIELĘGNIARKI LUB LEKARZA:

1. Szczepienia:

2. Inne uwagi:

data pieczęć i podpis

V. ORZECZENIE LEKARSKIE:

1. Po zbadaniu dziecka stwierdzam (rozpoznaję):

2. Dziecko **MOŻE BYĆ / NIE MOŻE BYĆ*** uczestnikiem obozu pod namiotami, w domkach kempingowych, w budynku *

3. Zalecenia dla wychowawcy:

4. Zalecenia dla opieki medycznej:

data pieczęć i podpis

VI. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA W CZASIE POBYTU W PLACÓWCE WYPOCZYNKU (dane o zachorowaniach, urazach, leczeniu, itp.):

data podpis lekarza lub pielęgniarki placówki wypoczynku

VII. POTWIERDZENIE POBYTU DZIECKA W PLACÓWCE WYPOCZYNKU

Dziecko przebywało na
(forma i adres placówki wypoczynku)

od dnia do dniar.

.....
(data) (czytelny podpis kierownika placówki wypoczynku)

VIII. UWAGI i SPOSTRZEŻENIA WYCHOWAWCY O DZIECKU PODCZAS POBYTU W PLACÓWCE:

data Podpis wychowawcy lub kierownika placówki

*niepotrzebne skreślić