**IMIĘ I NAZWISKO:**......................................................... **PESEL**:....................................

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

1. Opinia o stanie zdrowia dziecka

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

2. Uwagi rodziców / opiekunów dotyczące zdrowia dziecka :

- przebyte choroby, zwłaszcza zakaźne, astma, padaczka ...........................................

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

- 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, aparat słuchowy, wkładki ortopedyczne itp. ............................................................................................................

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

* czy dziecko jest pod stałą kontrolą lekarza specjalisty?

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

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

- czy dziecko na stałe przyjmuje lekarstwa , jeżeli tak to jakie??

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

- jazdę samochodem znosi : dobrze źle

- szczepienia przeciwtężcowe ............................................. grupa krwi .......................

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

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

### W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na leczenie, także leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje. Stwierdzam, że podałem (-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas pobytu w Branżowej Szkole I Stopnia Towarzystwa Salezjańskiego im. ks. Ignacego Błażewskiego w Kniewie.

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

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

***Stwierdzam, że wszystkie podane wyżej informacje są prawdziwe***

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

(podpis kandydata) (podpis rodziców/opiekunów)