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

**INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

 1. Opinia o stanie zdrowia dziecka

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

 2. Uwagi rodziców/ prawnych opiekunów dotyczące zdrowia dziecka :

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

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

 - inne dolegliwości (omdlenia, częste bóle głowy, duszności, szybkie męczenie się,

 niedosłuch, nadpobudliwość, alergie itp.)

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

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

 - 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 □

 - inne informacje o stanie zdrowia dziecka:

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

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

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

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

### Stwierdzam, że podałem(-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas pobytu w Szkole Podstawowej Towarzystwa Salezjańskiego im. ks. Ignacego Błażewskiego w Kniewie.

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

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

\*właściwe zaznaczyć X