**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