

INFORMACJA RODZICÓW O STANIE ZDROWIA UCZNIĄ

kandydata do klasy sportowej o profilu:

.....
nazwisko i imię ucznia

.....
PESEL

.....
zdrzes zamieszkania (ulica, numer domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....
dane placówki/lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, do którego jest złożona deklaracja

Dane o rodzinie

	wykształcenie	zawód	wysokość ciała w cm	Istotne problemy zdrowotne	Uprawiali lub uprawiają sport- jaki?
Ojciec					
Matka					

Czy u rodziców lub dziadków dziecka stwierdzono przed 50 rokiem życia: zawał, chorobę wieńcową, wylew krwi do mózgu?

Czy dziecko ma rodzeństwo: TAK, NIE- jeśli „tak”, to w jakim wieku

Stan zdrowia rodzeństwa

NZOZ VITAMED
Poradnia sportowo-lekarska
ul. Kościuszki 35, 85-079 Bydgoszcz
tel. 52 347 88 15, fax 52 347 88 80
NIP 961-11-45-836 REGON 093056206

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA, ZACHOWANIU, TRYBIE ŻYCIA

1. Przebyte choroby (podkreślić właściwe i wpisać w którym roku życia):
zapalenie uszu zapalenie oskrzeli zapalenie płuc choroba reumatyczna
choroby nerek i pęcherza moczowego choroby oczu inne choroby- podać jakie i w
którym roku życia
2. Przebyte urazy/ wypadki- podać jakie i w którym roku życia
3. Czy było leczenie szpitalne: NIE, TAK- z jakiego powodu i w którym roku życia
4. Czy dziecko było / jest leczone w poradni specjalistycznej?- jeśli TAK to dlaczego i kiedy
- laryngologicznej: NIE, TAK
- okulistycznej: NIE, TAK
- ortopedycznej: NIE, TAK
- alergologicznej: NIE, TAK
- inne poradnie, jakie i kiedy?
5. Czy u dziecka stwierdzano w przeszłości: szmery na sercu, podwyższone ciśnienie krwi, bóle w klatce
piersiowej, omdlenia w czasie wysiłku, bicie serca, inne zaburzenia układu krążenia- jakie
6. Czy w czasie ostatnich 12 miesięcy występowały następujące objawy: częste bóle głowy, bóle brzucha, napady
duszności, częsty kaszel, zadyszka, świszczący oddech, zapalenie zatok, moczenie nocne, jąkanie, omdlenia,
utrata przytomności, drgawki, zaburzenia snu, wzmożone pocenie, inne objawy- jakie?
.....
7. Kiedy ostatnio dziecko korzystało z porady lekarskiej i z jakiego powodu
8. Czy rodzice/opiekunowie obserwują w zachowaniu dziecka następujące objawy: trudności w skupieniu się na
wykonywanej pracy, małą wytrwałość, zmienność zainteresowań, częste zmiany nastroju, lęki np. przed
ciemnością, wysokością, nowymi zadaniami, nadmierne przeżywanie wszelkich niepowodzeń, dokuczanie
innym osobom, niezdyscyplinowanie, inne objawy- jakie
9. Czy dziecko ma trudności w nauce: NIE, TAK- z niektórych przedmiotów, z większości przedmiotów.
10. Czy rodzice uważają, że uprawianie sportu będzie dla dziecka korzystne: NIE, TAK- dlaczego?
.....
11. INNE UWAGI O STANIE ZDROWIA I ZACHOWANIU DZIECKA

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna ustawowego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Mam prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania (Dz.U. nr133 poz. 883 z 1998r.)

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna ustawowego

WYRAŻAM, NIE WYRAŻAM ZGODĘ NA POINFORMOWANIE TRENERA O ISTNIEJĄCYCH PROBLEMACH ZDROWOTNYCH U DZIECKA ORAZ
ISTNIEJĄCYCH WSKAZANIACH I PRZECIWWSKAZANIACH W TRENINGU I ZAWODACH

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna ustawowego