…………………………………..

(Imię i nazwisko ucznia, Pesel)

…………………………………..

(Adres zamieszkania ucznia)

…………………………………..

(Numer telefonu ucznia)

…………………………………..

(Numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

**WYWIAD ZDROWOTNY**

Czy dziecko leczy się na jakąkolwiek chorobę przewlekłą (jaką?) …………………………….

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

Czy dziecko przyjmuje na stałe jakieś leki (jakie i w jakich dawkach?)………………………..

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

Czy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej (jakiej ?) …………………….…………

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

Czy dziecko w ostatnim roku chorowało (rodzaj choroby) …………………………………….

- czy przebywało w szpitalu (z jakiego powodu?) ……………………………...………………

- czy uległo wypadkowi ………………………………………………………………………...

- czy ma alergię …………………………………………………………………………………

W przypadku wystąpienia jakichkolwiek zmian zdrowotnych zobowiązuje się do natychmiastowego powiadomienia o tym fakcie wychowawcę Internatu.

Jednocześnie **upoważniam wychowawców Internatu** do wydania leków zgodnie z zaleceniami lekarskimi mojemu dziecku.

W przypadku dostarczenia leków bez czytelnego zlecenia lekarskiego lub braku tych leków, decyzją Dyrekcji dziecko nie będzie mogło pozostać w placówce.

Dodatkowe uwagi :

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

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

.……………………………………………………………………..

(data i podpis rodziców/ opiekunów prawnych)