

INFORMACJA O STANIE ZDROWIA DZIECKA

- IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:
2. DATA I MIEJSCE URODZENIA:
3. NR PESEL _____
4. ADRES ZAMIESZKANIA: MIEJSCOWOŚĆ
KOD UL. NR DOMU LOK.
5. IMIĘ I NAZWISKO MATKI / OPIEKUNA
..... TEL. KONTAKTOWY:
6. IMIĘ I NAZWISKO OJCA / OPIEKUNA
..... TEL. KONTAKTOWY:

INFORMACJE OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA (WŁAŚCIWE ZAKREŚLIĆ)

1. CHOROBY PRZEWLEKŁE I INNE: astma, padaczka, choroby reumatyczne, choroby nerek, inne:
2. DOLEGLIWOŚCI I OBJAWY: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie zmęczenie, częste bóle brzucha, bóle stawów, inne:
3. DZIECKO JEST UCZULONE LUB NIE MOŻE STOSOWAĆ LEKÓW (podać nazwę leku, pokarmu, itp.):
.....
4. CZY DZIECKO ZAŻYWA LEKI? TAK ____ NIE ____ (proszę podać nazwę leku i dawkowanie):
.....
5. GDY MOJE DZIECKO CIERPI NA WYMIENIONE PONIŻEJ DOLEGLIWOŚCI, ZAZWYCZAJ PODAJĘ LEKI: PRZY BÓLU BRZUCHA:
.....
PRZY BÓLU ZĘBA, ITP.:
.....
7. DZIECKO NOSI OKULARY, APARAT ORTODONTYCZNY, WKŁADKI ORTOPEDYCZNE, INNE:
.....
8. INNE UWAGI O STANIE ZDROWIA DZIECKA:
.....
.....

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu w Bursie Fundacji Polonii Środa Wielkopolska, oraz oświadczam, że w razie takiej konieczności wyrażam zgodę na ratowanie życia dziecku i przeprowadzenie zabiegu operacyjnego, nawet wówczas, gdy nie będzie możliwości wcześniejszego powiadomienia/skontaktowania się z wyznaczonym opiekunem prawnym

TAK, wyrażam zgodę

NIE wyrażam zgody

.....
podpis

.....
podpis