

INFORMACJA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH O ZDROWIU UCZNI

1. Imię i nazwisko ucznia:.....
2. Data urodzenia:
3. PESEL
4. Przebyte choroby lub choroby przewlekłe (zaznaczyć krzyżykiem) : odra....., ospa wietrzna....., świnka....., szkarlatyna....., żółtaczką zakaźną....., choroby nerek....., choroba reumatyczna....., astma....., padaczka....., choroby skórne (jakie).....
..... inne choroby (wymienić jakie):

U dziecka występowały lub występują: drgawki....., utraty przytomności,, zaburzenia równowagi....., omdlenia....., częste bóle głowy....., lęki (przed czym), tiki nerwowe, mimowolne moczenie, częste bóle brzucha, wymioty, krwotoki z nosa....., przewlekły: kaszel, katar....., anginy....., bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, niedowidzenie..... inne:

5. Uczeń jest : nieśmiały....., ma trudności w nawiązywaniu kontaktów....., jest nadrucliwy, agresywny....., ma zachowania autoagresywne (gryzie się, szczypie, uderza głową o ścianę itp.), inne informacje o zachowaniu ucznia (lęki, negatywne zachowania itp.).....
6. Uczeń jest uczulony: / proszę podać typ uczulenia (oddechowa, pokarmowa, uczulenie na środki np. chemiczne) oraz konkretne produkty
7. Uczeń nosi okulary:....., aparat słuchowy....., aparat ortodontyczny....., wkładki ortopedyczne....., obuwie ortopedyczne....., inne
8. Uczeń zażywa na stałe leki (podać jakie)
.....
.....
.....
.....

w przypadku podawania leków w porze gdy dziecko znajduje się w szkole proszę dołączyć sposób dawkowania i zaświadczenie od lekarza o leku

- nazwa leku, przeznaczenie.....
 sposób dawkowania: rano....., w obiad.....
9. Uczeń ma chorobę lokomocyjną....., w przypadku wyjazdu w trakcie zajęć szkolnych uczniowi można podać następujący lek:.....
 10. W przypadku wystąpienia podwyższonej temperatury uczniowi można podać:
 11. W przypadku wystąpienia biegunki uczniowi można podać.....
 12. W przypadku wystąpienia nudności uczniowi można podać.....
 13. W przypadku bólu zęba, głowy, brzucha itp. uczniowi można podać.....
 14. Uczeń jest uczulony na następujące leki:
 15. W przypadku wystąpienia zagrożenia życia ucznia (wypadki, utraty przytomności, złamania kończyn itp.) wyrażam zgodę na jego leczenie szpitalne, interwencje pogotowia ratunkowego, lekarza – podpis rodzica Tak..... Nie.....

Inne informacje o stanie zdrowia ucznia

Stwierdzam, iż wyżej wymienione przeze mnie informacje o dziecku są zgodne oraz wyczerpujące i mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu w szkole w Specjalnym Ośrodku Szkolno- Wychowawczym w Pucku.

..... /data/ podpis rodziców, opiekunów prawnych

Aktualizacja informacji o stanie zdrowia dziecka przez rodziców:

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

.....
INFORMACJE NAUCZYCIELA O NIEPOKOJĄCYM ZACHOWANIU, OBSERWOWANYCH
ZABURZENIACH ZDROWIA, INFORMACJE DLA LEKARZA SPECJALISTY WYDAWANE
PRZEZ NAUCZYCIELA (data, krótki opis zachowań niepokojących)

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

