**KARTA ZDROWIA DZIECKA**

1. **Nazwisko i imiona dziecka** ...………………….………………………………………
2. **Data i miejsce urodzenia** ………………………………………………………………
3. **PESEL** ….………..……………………………….…………………………….………
4. **Miejsce zamieszkania** ..………….……………………………………………………..
5. **Gmina** .………………………………………………………….…………………..…..
6. **Telefon kontaktowy** ...…………………………………...……….…………………….
7. **Charakterystyka dziecka (rodzaj niepełnosprawności)**

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

1. **Dolegliwości i objawy występujące u dziecka:** (właściwe podkreślić) omdlenia, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, lęki nocne, moczenie nocne, inne:

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

1. **Przebyte choroby (podać rok i podkreślić):**

Żółtaczka zakaźna ………………, dur brzuszny ……………., padaczka ………….., inne………………………………………………………………………………..……..

**Data zaszczepienia przeciwko tężcowi:** …………………………………………………………………………………………...

1. **Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu?** …………………..(tak/nie)

Powód …………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………….

1. **Na jakie pokarmy oraz leki dziecko jest uczulone?**

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

1. **Jakie leki dziecko zażywa? !!** – **PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ LEKU!**

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

1. **Jak dziecko znosi podróż autokarem?** …………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………...
2. **Inne istotne uwagi o stanie zdrowia dziecka – informacje, które twoim zdaniem powinniśmy znać:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. **Dane rodziców/opiekunów:**

Matka ……………………………………………………………………...……………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………….

Telefon ………………………………………………………………………………….

Ojciec ..………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ……………………….…………………………………………….

Telefon ………………………………………………………………………………….

1. **Dane placówki do której uczęszcza dziecko:**

Nazwa .......………………………………………….…………………………………...

Adres …………………………………………………………………………………....

Telefon ………………………………………………………………………………….

Dyrektor placówki ………………………………………………………………………

Telefon ….………………………………………………………………………………

Wychowawca dziecka …………………………………………………………………..

Telefon ………………………………………………………………………………….