

# KARTA ZDROWIA UCZNI

Rok szkolny ...../.....

1. **Nazwisko i imię/imiona** .....
2. **Data i miejsce urodzenia** .....
3. **Adres**.....
4. **PESEL**.....
5. **Dane rodziców/opiekunów:**  
Matka .....
- Adres zamieszkania .....
- Telefon .....
- Ojciec .....
- Adres zamieszkania .....
- Telefon .....
6. **Dane dotyczące lekarza rodzinnego:**  
Nazwisko i imię lekarza .....
- Nazwa przychodni .....
- Adres.....
- Telefon.....
7. **Rodzaj niepełnosprawności**.....
8. **Dolegliwości i objawy występujące u ucznia:** (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:  
.....  
.....
9. **Przebyte choroby (podać rok i podkreślić):**  
Żółtaczką zakaźną ....., dur brzuszny ....., padaczka .....,  
inne.....  
**Data zaszczepienia przeciwko tężcowi:**.....
10. **Czy w ostatnim roku uczeń był w szpitalu?** .....(tak/nie)  
Powód .....



**11. Informacja o alergiach ucznia (wziewne, pokarmowe, kontaktowe, na leki)?**

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

**12. Jakie leki uczeń zażywa? !! – PROSZE PODAĆ NAZWE LEKU!**

.....  
.....

**13. Czy uczeń jest pod opieką specjalisty? Jeśli tak podać jakiego?**

.....  
.....

**14. Jak uczeń znosi podróż autokarem?**

.....

**15. Inne istotne uwagi o stanie zdrowia ucznia – informacje, które twoim zdaniem powinniśmy znać:**

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

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wszystkie powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Szkoły o wszelkich zmianach dotyczących tych informacji.

.....

Data i podpis rodzica/opiekuna prawnego

