

.....
 (Imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....
 (telefon kontaktowy)

KARTA ZDROWIA WYCHOWANKA

I Wypełniają rodzice/opiekunowie

1. Imię i nazwisko
2. Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Przebyte choroby
4. Leczenie szpitalne
5. Opieka poradni specjalistycznej (jeżeli tak, jakiej?)
6. Choroby przewlekłe
7. Przyjmowane leki przepisane przez lekarza (nazwa, dawka, jak długo leki są przyjmowane)
8. Uczulenia/ alergię
9. Inne uwagi dotyczące zdrowia, które są ważne dla zapewnienia właściwej opieki dziecku podczas pobytu w bursie

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przeprowadzanie zabiegów medycznych przez służby medyczne.
 Zobowiązuję się do bieżącego informowania bursy o wszelkich zmianach w stanie zdrowia mojego dziecka.
 Oświadczam, iż podałam/em wszystkie informacje o stanie zdrowia mego dziecka zgodnie ze swoją wiedzą.
 Biorę pełną odpowiedzialność za niezgłoszone choroby i dolegliwości mego dziecka.

.....
 miejscowość/data

.....
 (czytelny podpis rodzica/opiekuna)

II Wypełnia lekarz rodzinny

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do zamieszkania

.....
 (imię i nazwisko dziecka)

w Zespole Placówek Młodzieżowych Bursa Międzyszkolna w Augustowie.

.....
 miejscowość/data

.....
 (podpis i pieczętka lekarza)

W przypadku, gdy dziecko jest pod opieką poradni specjalistycznej, wymagane jest dodatkowo zaświadczenie od specjalisty.

*niepotrzebne skreślić