



KARTA ZDROWIA UCZNIA - ROK SZKOLNY 2018/2019

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Klasa)

ALERGIE			
RODZAJ ALERGII**	POKARMOWA	ODDECHOWA	SKÓRNA
NA CO DZIECKO JEST UCZULONE?			
PRODUKTY ZAKAZANE / CZEGO UNIKAĆ			
OBJAWY			
PIERWSZA POMOC			
LEKI			

CHOROBY / PROBLEMY ZDROWOTNE O KTÓRYCH POWINNA WIEDZIEĆ SZKOŁA/PRZEDSZKOLE			
NAZWA CHOROBY	1.	2.	3.
JAKIE SĄ OBJAWY?			
PIERWSZA POMOC			
LEKI			



KARTA ZDROWIA UCZNIA - ROK SZKOLNY 2018/2019

CZY DZIECKO CHORUJE NA CHOROBY LOKOMOCYJNĄ?	TAK / NIE / niezbyt dobrze znosi jazdę samochodem**	
JEŚLI TAK TO JAKIE LEKI PODAĆ		
CZY DZIECKO MA WADY WRODZONE?	Wzroku/słuchu/wymowy/ inne**	
ZALECENIA		
CZY SA JAKIEŚ PRZECIWWSKAZANIA ZDROWOTNE (poświadczone badaniem lekarskim) DO UCZESTNICZENIA W LEKCJI PŁYWANIA	TAK / NIE**	
CZY SA JAKIEŚ PRZECIWWSKAZANIA ZDROWOTNE (poświadczone badaniem lekarskim) DO UCZESTNICZENIA W ZAJĘCIACH Z LEKKOATLETYKI/GIMNASTYKI/SPORTOWYCH GIER ZESPOŁOWYCH	TAK / NIE**	
CZY SA JAKIEŚ PRZECIWWSKAZANIA ZDROWOTNE (poświadczone badaniem lekarskim) DO UCZESTNICZENIA W LEKCJI INFORMATYKI	TAK / NIE**	
INNE UWAGI O DZIECKU		

**niepotrzebne skreślić

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem Szkoły/Przedszkola Scherzo dotyczącym zdrowia i akceptuję zawarte w nim postanowienia.

.....
Data i podpis Rodzica