

Szanowni Państwo, w związku z koniecznością przeprowadzenia oceny predyspozycji zdrowotnych dziecka do kształcenia w kierunku zawódzie gastronomicznym oraz w konsekwencji możliwości pracy po ukończeniu kształcenia, prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i przekazanie swojemu dziecku, dla lekarza, który będzie wykonywał badania w szkolnym gabinecie lekarskim:

**INFORMACJE NA TEMAT STANU ZDROWIA UCZNIĄ – KANDYDATA DO ZESPOŁU SZKÓŁ GASTRONOMICZNYCH**

Imię i nazwisko ucznia: .....

Data i miejsce urodzenia: .....

|   |     |     |  |
|---|-----|-----|--|
| Czy u ucznia występują uczulenia? Jakiej? Od kiedy? Jakiej są objawy? | NIE | TAK |  |
| Czy uczeń przyjmuje leki? Jakiej?                                     | NIE | TAK |  |
| Czy uczeń jest pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?           | NIE | TAK |  |
| Czy uczeń przebył zabieg(i) operacyjny(e)? Jakiej? Kiedy?             | NIE | TAK |  |

| <b>Czy u ucznia występują lub występowały następujące schorzenia / problemy zdrowotne – proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź, a jeśli występowały – proszę napisać szczegóły lub dołączyć kopie kart badań lub wypisowych ze szpitala</b> |     |     |  |
|--|-----|-----|--|
| Urazy czaszki  | NIE | TAK |  |
| Urazy układu ruchu (złamania)  | NIE | TAK |  |
| Omdlenia   | NIE | TAK |  |
| Padaczka   | NIE | TAK |  |
| Choroby psychiczne   | NIE | TAK |  |
| Choroby narządu słuchu   | NIE | TAK |  |
| Choroby narządu wzroku, okulary  | NIE | TAK |  |
| Choroby układu krwiotwórczego  | NIE | TAK |  |
| Nadciśnienie tętnicze  | NIE | TAK |  |
| Wady serca   | NIE | TAK |  |
| Inne choroby układu krążenia   | NIE | TAK |  |
| Astma oskrzelowa   | NIE | TAK |  |
| Inne choroby układu oddechowego  | NIE | TAK |  |
| Choroby układu pokarmowego   | NIE | TAK |  |
| Cukrzyca   | NIE | TAK |  |
| Choroby układu moczowo - płciowego   | NIE | TAK |  |
| Choroby układu ruchu   | NIE | TAK |  |
| Choroby skóry  | NIE | TAK |  |
| Uczulenia  | NIE | TAK |  |
| Choroby zakaźne / pasożytnicze   | NIE | TAK |  |
| Inne problemy zdrowotne  | NIE | TAK |  |

Oświadczam, że zrozumiałem(am) treść zadawanych pytań i odpowiedziałem(am) na nie zgodnie z prawdą.

**WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEPROWADZENIE LEKARSKIEGO BADANIA PROFILAKTYCZNEGO MOJEGO DZIECKA W GABINECIE Lekarskim**

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna ustawowego): .....

Numer i seria dowodu osobistego: .....

**UWAGA! W razie informacji wymagających zachowania ścisłej tajemnicy lekarskiej, wypełniony formularz proszę przekazać w zaklejonej kopercie z dopiskiem Informacja o stanie zdrowia – przekazać lekarzowi.**

.....  
Podpis rodzica / opiekuna ustawowego