**Karta zdrowia Dziecka**

1. Imię i nazwisko Dziecka.................................................................................................
2. Data ur. Dziecka..............................................................................................................
3. Imiona Rodziców..............................................................................................................

5. Adres zamieszkania, oraz zameldowania...................................................................

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

6.Telefony kontaktowe.......................................................................................................

7. Przebyte choroby zakaźne (tak/nie):

Świnka……..różyczka………..ospa…….szkarlatyna……..salmonelloza...............................

8. Wirusowe zapalenie wątroby……trzydniówka………gruźlica....................................

1. Inne choroby zakaźne..................................................................................................
2. Choroby układu pokarmowego....................................................................................
3. Choroby układu oddechowego.....................................................................................
4. Choroby układu moczowego........................................................................................
5. Urazy, zatrucia..............................................................................................................
6. Uczulenia........................................................................................................................
7. Pobyty szpitalne...........................................................................................................
8. Sprzęt rehabilitacyjny (okulary, aparat słuchowy, itp.)......................................

17 .Czy choruje przewlekle, czy leczy się z tego powodu?........................................

18. Czy przyjmuje leki, jeśli tak ,to w jakich dawkach?.............................................

19. Czy jest na coś uczulony?

* leki....................................................................................................................................... -pokarmy...............................................................................................................................
* inne......................................................................................................................................

1. Czy ma inne problemy zdrowotne?...........................................................................
2. Czy w przypadku wysokiej gorączki można podać dziecku środek przeciwgorączkowy

( np. Nurofen ) ?..................................................................................

**Wyrażam zgodę objęcie opieką medyczna mojego**

**Dziecka....................................................................... oraz na udzielenie mu pomocy medycznej ( w razie nagłej potrzeby ).**

 **...............................................**

Data i podpis Rodzica

Powyższa Karta zdrowia Dziecka stanowi załącznik nr 3 do Umowy o sprawowanie opieki nad dzieckiem w Edu-Invest Sp. z o. o. Przedszkolu Niepublicznym ul. Sportowa 3; 05-506 Lesznowola.