.....

Imię i Nazwisko data urodzenia pesel

.....

adres domowy tel dom

Dane o rodzinie

	Wykształcenie	Zawód	Wysokość ciała w cm	Stan zdrowia	Uprawiali lub uprawiają sport - jaki
Ojciec					
Matka					

Czy u rodziców lub dziadków dziecka stwierdzono przed 50 rokiem życia:

zawał, chorobę wieńcową, wylew do mózgu

Czy dziecko ma rodzeństwo: TAK, NIE – jeśli TAK proszę wpisać w jakim wieku

..... stan zdrowia .....

Czy warunki materialne rodziny są: DOBRE, ŚREDNIE, ZŁE

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA, ZACHOWANIU I TRYBIE ŻYCIA DZIECKA

1. Przebyte choroby (podkreślić właściwe i wpisać, w którym roku życia):

zapalenie uszu ..... zapalenie oskrzeli (bronchit) ..... zapalenie płuc .....

choroba reumatyczna ..... wirusowe zapalenie wątroby(żółtaczka zakaźna) .....

choroby nerek i pęcherza moczowego ..... inne choroby - podać jakie i w którym roku życia .....

.....

2. Przebyte urazy (wypadki) - podać jakie, w którym roku życia .....

.....

.....

3. Czy dziecko było leczone w szpitalu: TAK, NIE – jeśli TAK – z jakiego powodu i w którym roku życia .....

.....

4. Czy dziecko jest lub było pod opieką poradni specjalistycznej – jakiej i kiedy .....

.....

5. Czy u dziecka stwierdzono w przeszłości: szmery w sercu, podwyższone ciśnienie tętnicze, bóle w klatce piersiowej, omdlenie w czasie wysiłku, bicie serca – gwałtowne, nieregularne, inne zaburzenia układu krążenia – jakie .....

Js-Bd-04k Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23

6. Czy w ostatnich 12 miesiącach występowały u dziecka następujące objawy: częste bóle głowy, bóle brzucha, napady duszności, częsty kaszel, zadyszka, świszczący oddech, zapalenie zatok, "lejący nos", objawy alergiczne, dolegliwości przy oddawaniu moczu, kłucie i bóle w okolicy serca, tiki, moczenia nocne, jąkanie, omdlenia, utrata przytomności, zaburzenia snu, inne – jakie .....

.....

7. Ile razy w ostatnich 12 miesiącach dziecko chorowało na infekcje górnych dróg oddechowych (przeziębienia), anginy: NIE; 1-2 RAZY; 3 I WIĘCEJ RAZY

8. Czy rodzice obserwują w zachowaniu dziecka następujące objawy: trudności w skupieniu się na wykonywanej pracy; małą wytrwałość w pracy; zmienność zainteresowań, szybkie zniechęcanie się w razie niepowodzeń; częste zmiany nastroju; lęki np. przed ciemnością, wysokością, trudnymi nowymi zadaniami i nadmierne "przeżywanie" wszelkich niepowodzeń (np. szkolnych); poczucie niższości, dokuczanie innym osobom, zwierzętom, niezdyscyplinowanie; inne objawy – jakie .....

.....

9. Czy dziecko ma trudności w nauce: TAK, NIE – jeśli TAK – to czy:

Z NIEKTÓRYCH PRZEDMIOTÓW Z WIĘKSZOŚCI PRZEDMIOTÓW

10. Czy dziecko ma stałe dodatkowe zajęcia pozaszkolne: TAK, NIE – jeśli TAK – jakie: ...

.....

11. Czy dziecko ma własne zainteresowania (hobby): TAK, NIE – jeśli TAK – jakie: .....

.....

12. Czy rodzice uważają, że uprawianie sportu będzie dla dziecka korzystne: TAK, NIE - dlaczego .....

13. Inne uwagi o stanie zdrowia i zachowaniu dziecka oraz życzenia Rodziców:

.....

.....

.....

dnia ..... 201.... r.

.....

podpis Matki lub Ojca

Opracowano na podstawie Medycyny Sportowej

.....

Imię i Nazwisko data urodzenia PESEL

.....

Adres zamieszkania

.....

Dyscyplina

Data badania			
Waga Wzrost Obwód k/p - wdech - wydech	....	....	....
% tłuszczu % wody BMI	....	....	....
Wynik badania masy ciała			

Js-Bd-05k Druk: IMPACT Mysłowice, tel./fax: (32) 762 94 23