Załącznik nr 2

**KARTA INFORMACYJNA O ZDROWIU WYCHOWANKA**

**ІНФОРМАЦІЙНА КАРТА ПРО ЗДОРОВ”Я ВИХОВАНЦЯ**

*INFORMACJE RODZICÓW DOTYCZĄCE DZIECKA:*

*ІНФОРМАЦІЯ БАТЬКІВ ПРО ДИТИНУ*

1.Nazwisko i imię/Прізвище і ім’я …………………………………………………………………..

2. Data i miejsce urodzenia/Дата і місце народження ………………………………………………

3. Imiona i nazwisko/a rodziców/Імена і прізвище батьків …………………………………………

4. Adres/Адреса ………………………………………………………………………………………

oraz telefony kontaktowe/і контактні телефони …………………………………………………….

5. Dolegliwości i objawy występujące u dziecka: omdlenia, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, inne …………………………………………………………………………

(właściwe podkreślić)

5. Недуги і симптоми, що виникають у дитини: непритомність, часті болі голови, дисбаланс (порушення рівноваги), часта блювота, кров з носа, напади задишки, хронічний кашель, швидка втома, часті болі в животі та ін. ……………………………………………………………

 (доречне підкреслити)

6. Czy w ostatnim roku dziecko było w szpitalu? …………………………………………………….

6. Чи перебувала дитина минулого року на лікуванні в лікарні? …………………………………

Powód ………………………………………………………………………………………………....

Причина ………………………………………………………………………………………………

7. Na jakie pokarmy oraz leki dziecko jest uczulone?

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

7. На які продукти та ліки дитина має алергію?

…………………………………………………………………………………………………………

8. Czy dziecko otrzymało wskazania lekarskie dotyczące korzystania ze specjalnie dobranej diety? – TAK/ NIE (Jeżeli **TAK** należy wskazać numer i rodzaj diety)

…………………………………………………………………………………………………………

8. Чи отримала дитина медичні рекомендації щодо дотримання спеціально підібраної дієти?ТАК/НІ (якщо так, вказати номер і вид дієти)

…………………………………………………………………………………………………………

9. Czy dziecko cierpi na choroby przewlekłe (np. epilepsja, astma, alergia, inne) - TAK/NIE

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

9. Чи хворіє дитина хронічними хворобами (н-д: епілепсія, асма, алергія, ін.) - ТАК/НІ

…………………………………………………………………………………………………………

10. Czy dziecko przyjmuje na stałe jakieś leki? (jeśli tak podać jakie) – TAK/NIE

………………………………………………………………………………………………………….

10. Чи дитина приймає постійно якісь ліки? - ТАК/НІ (Якщо так, вказати які)

………………………………………………………………………………………………………….

11. Czy dziecko objęte jest pomocą psychologiczną lub pozostaje pod opieką psychiatry? TAK/NIE (Jeżeli **TAK** należy podać powód) ……………………………………………………………………

11. Чи перебуває дитина на обліку чи під наглядом психіатра? ТАК/НІ

(Якщо так, вказати причину) ………………………………………………………………………..

12. Czy dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? - TAK / NIE

(Jeżeli **TAK** to należy dostarczyć ksero orzeczenia do sekretariatu Bursy lub do pokoju wychowawców) ……………………………………………………………………………………….

12. Чи має дитина групу інвалідності? ТАК/НІ

(якщо ТАК, то пред”явити ксерокопію посвідчення до секретаріату бурси або до кабінету вихователів) …………………………………………………………………………………………...

…………………………………. ………………………………….

Data i podpis matki Data i podpis ojca

Дата і підпис матері Дата і підпис батька