

АНКЕТА

1. ФИО ребенка _____

2. Дата рождения ребенка « » _____ г.

3. Фамилии, имена, отчества и контактные телефоны родителей (или других представителей ребенка):

Мама (ФИО) _____

Тел. (моб) _____ (дом.) _____

Папа (ФИО) _____

Тел. (моб) _____ (дом.) _____

_____ ФИО _____ Тел. (моб) _____

_____ ФИО _____ Тел. (моб) _____

5. E-mail родителей _____

6. Почтовый индекс _____ Адрес проживания _____

МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

- хронические заболевания ребенка _____
- склонность к простудным заболеваниям _____
- необходимость диеты (указать, какая) _____
- аллергические реакции (если были, указать когда – (даже единичный случай), начиная с рождения, на что, как проявляются, какие необходимы средства для снятия аллергии) _____

- _____
- есть ли аллергические реакции на лекарственные препараты (указать на какие) _____
- _____
- реакция на укусы насекомых _____
- укачивает ли в транспорте _____
- с какими болезнями лежал в больнице (указать когда) _____
- операции (если были, указать какие и когда) _____
- переломы (если были, указать какие и когда) _____
- сотрясения мозга (если были, указать какой степени и когда) _____
- есть ли необходимость в приеме каких-либо лекарств _____
- имеются ли какие-либо прививки _____
- другие медицинские данные, не указанные выше _____

ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

- боязнь темноты _____
- боязнь животных _____
- реакция на физическую нагрузку _____
- быстрая утомляемость _____
- зрение, ношение очков _____

(подпись)

« » _____ 202__ год