



Szanowni Państwo, w związku z koniecznością przeprowadzenia oceny predyspozycji zdrowotnych dziecka do kształcenia w kierunku/ zawodzie gastronomicznym oraz w konsekwencji możliwości pracy po ukończeniu kształcenia, prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza:

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

Imię i nazwisko ucznia: PESEL:

Czy u ucznia występują uczulenia?	NIE	TAK	- jeśli tak, podać szczegóły (w razie braku miejsca wykorzystać drugą stronę formularza, dołączyć istotną dokumentację medyczną):
- Na co uczeń jest uczulony? - Od kiedy? - Jakie są objawy? - Jakie choroby alergiczne rozpoznano? - Czy uczeń był odczulany? - Jakie leki w związku z alergią przyjmuje uczeń			
Czy uczeń jest leczony w poradni alergologicznej?	NIE	TAK	
Czy uczeń przyjmuje inne 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	
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			
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 - pęciowego	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.

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna ustawowego):

Numer i seria dowodu osobistego:

.....

Podpis rodzica / opiekuna ustawowego