

**Информация о состоянии здоровья
участника летней смены языкового клуба «MR.BEN»
(заполняется родителями)**

Фамилия, имя ребенка _____

Возраст _____ лет, дата рождения _____

Есть ли у ребенка ограничения/ противопоказания для занятия спортом? ДА НЕТ
Особенности _____

Умеет ли ребенок плавать (нужное подчеркнуть)

не умеет / немного «держится» на воде / «боится» воды / плавает / хорошо плавает/

Есть ли у ребенка индивидуальная непереносимость лекарств, продуктов питания ДА НЕТ

Если да, то какие? _____

Часто ли ребенок болеет? ДА НЕТ

Если да, то чем? Хронические заболевания? _____

Какие инфекционные болезни перенес, возможно ли обострение? _____

были ли травмы (переломы, ушибы, сотрясения и т.п.) за последние полгода (подробнее описать какие и когда) _____

Состоит ли на диспансерном учете в медицинских учреждениях? ДА НЕТ

Если да, у врачей какого профиля _____

Есть ли лекарства вы принципиально не используете ДА НЕТ

Если да., то

какие _____

Аллергические реакции, которые могут быть у ребенка (пыль, пыльца растений, шерсть животных, продукты питания и напитки) _____

Получает ли ребенок профилактические прививки в соответствии с национальным календарем прививок ДА НЕТ

Укачивает ли ребенка в транспорте ДА НЕТ

медикаменты в лагерь брать запрещено, но если есть такая необходимость, то укажите подробно, что это за лекарство, как его принимать и не забудьте сдать при оформлении документов директору лагеря _____

**Перечень заболеваний и медицинских состояний, при которых устанавливается
ограничение и запрет на участие в лагерной смене**

Вид ограничения	Болезнь
По согласованию с медицинским работником , лечащим врачом	Бронхиальная астма
По согласованию с медицинским работником , лечащим врачом	Эпилепсия
По согласованию с медицинским работником , лечащим врачом	Порок сердца, вегето –сосудистая дистония
По согласованию с медицинским работником , лечащим врачом	Мочекаменная болезнь, анурез

По согласованию с медицинским работником , лечащим врачом	Сахарный диабет, любые заболевания крови
По согласованию с медицинским работником , лечащим врачом	Период менее 3 месяцев после любых хирургических операций
НЕ ДОПУСКАЕТСЯ К УЧАСТИЮ В СМЕНЕ	Гемофилия
НЕ ДОПУСКАЕТСЯ К УЧАСТИЮ В СМЕНЕ	Заразные кожные заболевания
НЕ ДОПУСКАЕТСЯ К УЧАСТИЮ В СМЕНЕ	Инфекционные и паразитарные болезни
НЕ ДОПУСКАЕТСЯ К УЧАСТИЮ В СМЕНЕ	Психические заболевания
НЕ ДОПУСКАЕТСЯ К УЧАСТИЮ В СМЕНЕ	Нефриты с почечной недостаточностью
НЕ ДОПУСКАЕТСЯ К УЧАСТИЮ В СМЕНЕ	Токсикомания, алкоголизм, наркомания
НЕ ДОПУСКАЕТСЯ К УЧАСТИЮ В СМЕНЕ	Любые заболевания в остром периоде

**Родители ребенка несут ответственность за полноту и достоверность представленных сведений
Помните! Сообщение недостоверных или неполных сведений о состоянии здоровья ребенка может негативно отразиться на участии в смене!**

Ф.И.О., заполнившего анкету _____

подпись _____ дата _____
