Конфіденційна анкета медичних відомостей

**Прізвище ,ім‘я учня** …………………………………………………………………………………………..............

**Дата народження**: ……/……/……

Законні опікуни

Прізвища, імена:

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Адреса проживання :

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

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

**Номера телефонів законних опікунів**: 🕿……………………………………………………………………………………………….

🕿………………………………………………………………………………………………

Номер телефона довіреної особи, з якою можливо зв’язатися у разі необхідності:

□ ………………………………………………………

Щеплення: *(*за можливості, додайте копію сертифікату щеплень*)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Щеплення | Кількість зроблених ін‘єкцій | Дати |
| Дифтерія (diphtéria) |  |  |
| Правець (tetanus) |  |  |
| Поліомієліт (polyomielitis): |  |  |
| Кашлюк (pertussis) |  |  |
| Гемофільнаінфекція(haemophilus) |  |  |
| Краснуха(rubella) |  |  |
| Паротит(mumps) |  |  |
| Кір (measles) |  |  |
| Гепатит Б(hépatitis) |  |  |
| Менінгіт (meningitis) |  |  |
| Пневмококк (Pneumococcus) |  |  |
| Туберкульоз (tuberculosis) |  |  |
| КОВІД 19 |  |  |

**Захворювання** : (обведіть "так" або "ні)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Алергії**✔ **харчові**✔ **дихальні**✔ **шкірні** | Так Так ТакТак | Ні Ні НіНі | Якщо так :вкажіть,які саме:Лікування : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Астма** | Так | Ні | Якщо так :лікування: |
| **Екзема** | Так | Ні |  |
| **Епілепсія** | Так | Ні | Якщо так :лікування: |
| **Проблеми з поставою, сколіоз та інші** | Так | Ні | Якщо так : які саме: |
| **Інші захворювання кістково-****суглобової системи** | Так | Ні | Якщо так :лікування: |
| **Порушення зору** | Так | Ні | Корекція (окуляри, контактні лінзи) :Так Ні |
| **Порушення слуху** | Так | Ні | Слуховий апарат: так ні |
| **Серцево-судинні захворювання** | Так | Ні | Якщо так : які сами:Лікування : |

Інші патології або захворювання ,травми ,про які ви вважаєте за потрібне нам повідомити:

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

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

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

Регулярний медичний огляд:

* Регулярні консультації психотерапевта в вашій країні Так Ні
* Регулярні спостереження інших медичних спеціалістів вашої країни Так Ні Детальніше…………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Чи отримує він/вона в даний час медичне лікування? Так Ні

Детальніше…………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Інші спостереження Так Ні Які

саме………………………………………………………………………………………….

* Госпіталізація (-ї) Так Ні: Дати:

Укажіть причину: …………………………………………………………………………………………

**Інформація: В разі надзвичайної ситуації травмований або хворий учень буде направлений і**

доставлений службою швидкої допомоги в найбільш відповідну лікарню чи медичну службу,

визначену SAMU-Centre 15. Школа негайно інформує про це батьків або законних опікунів.

Неповнолітній студент не може покинути лікарню чи службу медичного догляду без супроводу батьків чи законних опікунів.

Місце…………………………………………………………………… Дата………………………………………………………

Підпис (-и) законного опікуна (опікунів)