

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ И УЧАСТНИКИ ПРИЕМА!

Одна из основных задач ОАНО «Первый Лобачевского» – сохранить и укрепить здоровье обучающихся. Для успешного ее выполнения нам необходимо знать особенности здоровья Вашего ребенка. Вы можете нам помочь, ответив на ряд вопросов.

Просим Вас отвечать максимально честно – эта информация важна для понимания и учета потребностей ребенка в психическом и физическом развитии, а также для установки диагноза и своевременного принятия правильного тактического решения, направленного на сохранение здоровья ребенка.

ФИО ребенка (участника приема) полностью _____

Дата рождения _____

ФИО родителя (законного представителя) и его контактный номер телефона _____

ФИО контактного лица (на случай отсутствия возможности связаться с родителем (законным представителем)) и его контактный номер телефона _____

1. Какими инфекционными заболеваниями болел Ваш ребенок (отметьте галочкой нужное):

- Корь Скарлатина Краснуха Паротит (свинка)
 Коклюш Ветряная оспа Инфекционный мононуклеоз

2. Болел ли Ваш ребенок коронавирусной инфекцией? Да Нет

Если Вы ответили «Да», то укажите:

- когда болел _____
- была ли подтверждена коронавирусная инфекция лабораторно и документально? Да Нет

3. Болели ли Вы сами или близкие родственники и члены семьи, с которыми мог контактировать ребенок, коронавирусной инфекцией? Да Нет

Если Вы ответили «Да», то укажите:

- когда болели _____
- была ли подтверждена коронавирусная инфекция лабораторно и документально? Да Нет

4. Имеются ли в настоящее время у Вашего ребенка следующие заболевания и состояния (отметьте галочкой нужное):

- Вегетососудистая дистония
 Бронхиальная астма
 Склонность к носовым кровотечениям (если да – указать, что провоцирует и какая частота)

Склонность к обморокам (если да – указать, что провоцирует и какая частота)

-
- Анемия
 - Эпилепсия
 - Сахарный диабет (инсулинзависимый / инсулиннезависимый)
 - Повышенное артериальное давления (если да – указать цифры) _____
 - Онкологическое заболевание (если да – указать, какое) _____
 - Нарушение обмена веществ (если да – указать, какое) _____
 - Лактозная недостаточность
 - Непереносимость глютена
 - Аппендэктомия
 - Тонзиллэктомия (удаление миндалин)
 - Переносил ли Ваш ребенок какие-либо операции? (если да – указать, какие) _____
-
- Другое (указать) _____
-
-
-

5. Имеется ли у Вашего ребенка аллергия или непереносимость отдельных видов продуктов, лекарств, иных веществ? Да Нет
Если Вы ответили «Да», то перечислите, пожалуйста, аллергены и как именно проявляется аллергия: _____

6. Принимает ли Ваш ребенок какие-либо лекарственные препараты на регулярной основе?
 Да Нет
Если Вы ответили «Да», то укажите, пожалуйста, названия лекарственных препаратов, периодичность и причину их приема: _____

7. Имеются ли (имелись ли) у Вашего ребенка травмы? Да Нет
Если Вы ответили «Да», то укажите, пожалуйста, какие: _____

8. Имеются ли у Вашего ребенка ограничения по физической нагрузке, вызванные травмами или заболеваниями? Да Нет
Если Вы ответили «Да», то укажите, пожалуйста, какие: _____

9. Умеет ли ребенок плавать? Да Нет

10. Занимается ли Ваш ребенок спортом? Да Нет

Если Вы ответили «Да», то укажите, пожалуйста, каким: _____

11. Какие особенности характера имеются у Вашего ребенка? _____

«__» _____ 2023 г.
(дата составления)

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ОКАЗАННУЮ ПОМОЩЬ