

**KARTA ZDROWIA MIESZKAŃCA INTERNATU  
PRZY LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM NIEPUBLICZNYM  
KOLEGIUM ŚW. STANISŁAWA KOSTKI**

1. Dane osobowe dziecka

Imię i nazwisko dziecka.....

Data i miejsce urodzenia.....

Imiona rodziców.....

Nr PESEL dziecka .....

Adres .....

Telefon komórkowy rodziców: Mama .....

Tata .....

2. Informacje rodziców dotyczące zdrowia dziecka

(\* niepotrzebna skreślić)

2.1. Waga .....wzrost.....

2.2. Moje dziecko:

- jest / nie jest\* leczone z powodu: .....

- jest / nie jest\* pod stałą opieką poradni (jakich) .....

- przyjmuje stale leki tak / nie\* (proszę podać dawki i częstotliwość)

.....

- nosi okulary tak / nie\*

- nosi soczewki kontaktowe tak / nie\*

- nosi aparat ortodontyczny tak / nie\*

- nosi wkładki ortopedyczne tak / nie\*

- nosi inne aparaty tak / nie\* (proszę podać jakie) .....

- jazdę samochodem / autobusem znosi dobrze / źle\*

2.3. Moje dziecko często skarży się na:

- bóle głowy tak / nie\*

- zawroty głowy tak / nie\*

- bóle brzucha tak / nie\*

- bóle kręgosłupa tak / nie\*

- inne dolegliwości tak / nie\* (jakie)

.....

2.4. W ciągu ostatniego roku moje dziecko przebywało w szpitalu tak / nie\* (jakim i z jakiego powodu)

.....

2.5. Czy kiedykolwiek zdarzyły się dziecku:

- omdlenia tak / nie\*

- napady drgawkowe tak / nie\*

- utrata przytomności tak / nie\*

- moczenie nocne tak / nie\*

- duszności tak / nie\*

- częste wymioty tak / nie\*

- zaburzenia równowagi tak / nie\*

- krwotoki z nosa tak / nie\*

- przewlekły kaszel tak / nie\*

- szybkie męczenie się tak / nie\*

- lęki tak / nie\* (jakie).....

- reakcje alergiczne na pokarm tak / nie\* (proszę podać na jakie pokarmy, jaka jest reakcja alergiczna i jakie dziecko przyjmuje wtedy leki) .....

- reakcja alergiczna na leki tak / nie\* (proszę podać na jakie leki, jaka jest reakcja alergiczna i jakie dziecko przyjmuje wtedy leki) .....

2.6. Przebyte choroby (podkreślić jakie i podać rok): ospa .....,

ospa wietrzna ....., półpasiec ....., różyczka ....., odra .....,  
świnka ....., krztusiec ....., żółtaczkę zakaźną ....., dur brzuszny .....,  
inne .....

2.7. Moje dziecko choruje na:

- nadciśnienie tak / nie\*
- cukrzycę tak / nie\*
- padaczkę tak / nie\*
- wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) tak / nie\*
- wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) tak / nie\*
- AIDS tak / nie\*
- chorobę serca tak / nie\* (jaką) .....
- chorobę układu nerwowego tak / nie\* (jaką) .....
- chorobę nerek tak / nie\* (jaką) .....
- chorobę układu moczowego tak / nie\* (jaką) .....
- zaburzenia hormonalne tak / nie\* .....
- inną chorobę tak / nie\* (jaką) .....

Własnoręcznym podpisem zaświadczam, że podałem/łam wszystkie znane mi informacje o stanie zdrowia mojego dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki w czasie jego pobytu w Polsce i zamieszkania w wyżej wymienionym Internacie.

.....  
data i czytelny podpis  
matki/opiekunki prawnej

.....  
data i czytelny podpis  
ojca/opiekuna prawnego

3. Informacje o szczepieniach (wypełnia pielęgniarka lub rodzice załączają odpis z książeczki zdrowia z aktualnymi szczepieniami, przetłumaczony na język polski, poświadczony notarialnie)

Szczepienia ochronne (podać rok):

- wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV) .....
- wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) .....
- tężec .....
- błonica .....
- dur .....
- inne .....

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis pielęgniarki

4. Opinia lekarza

Stwierdzam, że ze względów zdrowotnych dziecko - imię i nazwisko dziecka

.....  
w czasie pobierania nauki w Liceum Ogólnokształcących Niepublicznym Kolegium św. Stanisława Kostki w Warszawie może zamieszkiwać w przynależącym do Liceum Internacie. Stwierdzam, że stan zdrowia dziecka nie zagraża zdrowiu i życiu mieszkańców i wychowawców Internatu.

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć lekarza