**KARTA INFORMACYJNA**

………………………………… …………………………………

 (Imię i nazwisko dziecka) (Data urodzenia)

Przebyte przez dziecko choroby, urazy i operacje

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj** | **Rok życia** |
|  |  |

Dziecko ma:

- uczulenie (alergie): NIE, TAK – ma …………………………………………………………

objawy uczulenia ……………………………………………………………………………

- słyszy: DOBRZE, ŹLE,

- widzi: DOBRZE, ŹLE,

- ma zeza- NIE, TAK

- przyjmuje stałe leki: NIE, TAK – jakie ………………………………………………………

- jest pod opieką poradni specjalistycznej: NIE, TAK- jakiej …………………………………

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

- uczęszcza na zajęcia korekcyjne: NIE, TAK – jakie …..………………………....................

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

- choruje na cukrzycę, epilepsję, ma wadę serca; inne – jakie…………………………………

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

………………………………….

 (podpis rodziców, opiekunów)

 ………………………………

 (telefon kontaktowy)

Kielce, dnia ………………………….