

# ANKIETA SPORTOWO-LEKARSKA

(informacja tylko do użytku służby zdrowia)

.....  
Imię i nazwisko dziecka

.....  
PESEL

.....  
telefon/kontakt

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Nazwa i adres szkoły sportowej lub klubu sportowego

.....  
Dyscyplina sportowa, rok rozpoczęcia sportu, ilość godzin w tygodniu zajęć sportowych

## 1. CHOROBY WYSTĘPUJĄCE U DZIECKA

Nawracające infekcje  TAK  NIE

Częste bóle głowy  TAK  NIE

Napady duszności  TAK  NIE

Drgawki  TAK  NIE

Omdlenia  TAK  NIE

Urazy i złamania kości  TAK  NIE

Jakie i kiedy .....

Inne schorzenia  TAK  NIE

Jakie i kiedy .....

## 2. CZY DZIECKO JEST POD OPIEKĄ PORADNI SPECJALISTYCZNEJ

TAK (nazwa poradni) .....

NIE

## 3. CZY DZIECKO UCZESTNICZY W ZAJĘCIACH WF

Bez ograniczeń  TAK  NIE

Z ograniczeniami  TAK  NIE

Dodatkowe zajęcia sportowe  TAK  NIE

## 4. CHOROBY WYSTĘPUJĄCE W RODZINIE DZIECKA

Choroby serca  TAK  NIE

Drgawki  TAK  NIE

Padaczka  TAK  NIE

Nagły zgon  TAK  NIE

.....  
Podpis opiekuna