

# ANKIETA SPORTOWO – LEKARSKA



WARSZAWSKI SZPITAL  
DLA DZIECI SPZOZ

.....  
Imię i nazwisko dziecka

.....  
PESEL

.....  
Telefon/kontakt

.....  
Adres zamieszkania

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

.....  
Dyscyplina sportowa, rok rozpoczęcia sportu, liczba 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. DZIECKO UCZESTNICZY W ZAJĘCIACH WF

- Bez ograniczeń  TAK  NIE
- Z ograniczeniami  TAK  NIE
- Dodatkowe zajęcia sportowe  TAK  NIE

## 4. CZY W RODZINIE DZIECKA WYSTĘPOWAŁY:

- Choroby serca  TAK  NIE
- Drgawki  TAK  NIE
- Padaczka  TAK  NIE
- Nagłe zatrzymanie krążenia  TAK  NIE

Wyrażam zgodę na badania, których wykonanie jest niezbędne do prawidłowej oceny stanu zdrowia. Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych.

.....  
Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

.....  
Podpis rodzica lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej