

.....
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.

.....
Podpis zawodnika powyżej 16 roku życia

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

.....
Podpis i pieczęć lekarza