

(pieczęć szkoły)

[illegible]

Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu. leki

Inne dolegliwości i niepokojące objawy - jakie:

z jakiego powodu:

z powodu stomatologa

....., z jakiego powodu:

Czy sędzisz, że Twoje zdrowie jest* : BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE

z lekarzem* NIE. TAK: - psychologiem* NIE. TAK

Co ile dni występuje miesiączka ile dni trwa

Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości*: NIE TAK - jakie:

czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekciach M/E*:

SYSTEMATYCZNIE NIESYSTEMATYCZNIE JESTEM ZWOLNIONY(A)

Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą*:

NIE, TAK - jakich:

Czy uważasz, że Twoja sprawność fizyczna jest*: BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

Czy palisz papierosy* - NIE, TAK - ile przeciętnie wypalasz:

dziennie....., w tygodniu

Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej*: NIE, TAK

w jakiej szkole/uczelni:

zawód/kierunek studiów:

(data)

(podpis ucznia)

2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała cm centyl, Masa ciała kg, BMI kg/m² centyl

Wzrok: Ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP OL

Inne zaburzenia**:

Ciepłota ciała mmHg poniżej 90 centyla powyżej 90 centyla*,

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF*: A A₂ B B₂ C C₁

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej:

(data)

(podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki)

3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia**:

Dojrzewanie płciowe** według skali Tannera:

Wiek menarche: lat mies. Przebieg miesiączkowania**

Tarczycza*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości**

Rozwój psychospołeczny*: prawidłowy, nieprawidłowy**

Układ ruchu*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia**:

Skóra**

Jama ustna**

Pozostałe układy*: prawidłowe, nieprawidłowe**

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie:

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU*: NIE, TAK - jakie:

ZALECENIA:

(data)

(podpis i pieczęć lekarza)

* Właściwe podkreślić.

** Wpisać rodzaj odchylenia.