

Zez		Data		Widoczny		Cover test		Odbicie światła na rogówkach		Widzenie barw		Wynik		Stuch		I miesięczka w wieku		Inne	
Data	Wiek	Cm	Centyl	Kg	BMI / Centyl	Data	OP	OL	Data	Wynik	Centyl	Data	Skoliozy	Kifozy piersiowej	Koślawości kolan	Stóp płasko koślawych	Czytelny podpis	fig. / fig.	
Wysokość ciała		Masa ciała		Ostrość wzroku		Ciśnienie tętnicze		Test do wykrywania		Ciepłota ciała		Ciepłota ciała		Ciepłota ciała		Ciepłota ciała		Ciepłota ciała	

Imię i nazwisko ucznia:

KARTA ZDROWIA UCZNIĄ

(pieczęć gabinetów profilaktycznych, data utworzenia / wpływu dokumentacji)	
imię i nazwisko:	(PESEL)
imię i nazwisko w przypadku zmiany:	(PESEL w przypadku zmiany)
adres, telefon:	(data urodzenia)
adres, telefon w przypadku zmiany:	
PŁEĆ: K / M	

KWALIFIKACJA DO WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Data	Grupa	Zalecenia

PROBLEM ZROWOTNY, SZKOLNY, SPOŁECZNY

Data	Rodzaj

Imię i nazwisko ucznia:.....

PRZEBYTE CHOROBY

Rok życia	Rodzaj

OBSERWACJE PIELĘGNIARKI I WYDANE ZALECENIA

Data	Klasa/ wiek	Obserwacje, zapisy bieżące, udzielane porady, zalecenia, czytelny podpis

Imię i nazwisko ucznia:.....

WYWIADY ŚRODOWISKOWE

Data	Wnioski

INNE UWAGI

Data	Od kogo

Wkleić karty badania rozwoju i zdrowia ucznia, wyniki badań specjalistycznych, inne dokumenty