

WNIOSEK O OCENĘ STANU ZDROWIA UCZNIA DO CELÓW SZKOLNYCH

Imię i nazwisko ucznia:

kl.

PESEL:

płeć: * K / M

Badanie:

1. wysokość:cm; masa ciała: kg;
BMI= kg/m²; centyl:
2. układ ruchu*: prawidłowy, podejrzenie boczego skrzywienia kręgosłupa, zniekształcenia statyczne kończyn dolnych;
3. ciśnienie tętnicze krwi: mmHg; centyl:
4. słuch (badanie orientacyjne szeptem)*: prawidłowy / nieprawidłowy;
5. ostrość wzroku*: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....
inne zaburzenia:
6. uwagi:

Wynik wykonanego testu przesiewowego do wykrywania zaburzeń*:

- rozwoju fizycznego, - układu ruchu,
- ciśnienia tętniczego, - słuchu,
- wzroku

jest dodatni.

Proszę o ocenę stanu zdrowia ucznia dla potrzeb szkolnych** - kwalifikacja do grupy ćwiczebnej WF i sportu szkolnego, zaleceń dla uczniów przewlekle chorych.*

.....
pieczęć i podpis pielęgniarki/ higienistki szkolnej

* właściwe zakreślić;

** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 28.08.2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139 poz. 133); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 24.09.2013 r. w sprawie zakresu świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 ze zm.);

.....
pieczęć podmiotu leczniczego
podstawowej opieki zdrowotnej

.....
miejsowość, data

WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Imię i nazwisko ucznia:.....

PESEL:

Nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym

.....

.....

Problem zdrowotny (rozpoznanie)

.....

.....

.....

Grupa na zajęcia WF* A A_S B B_K C C_L

Może uczestniczyć w sprawdzianach i zawodach szkolnych: * TAK, NIE

Zalecenia:

.....

.....

.....

.....
pieczęć i podpis lekarza

* właściwe podkreślić