**ШКОЛА**

**УЧЕБНЫЙ ГОД**

**АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

Директору

Фамилия/ Имя Учащегося: …………………………………………………………….

Группа ……………

Болезнь / Проблема со Здоровьем:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Медикаментозное Лечение (лекарство/-а, которые принимает ребенок):…..……………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Действия, которые необходимо предпринять в случае возникновения проблемы:

………………………………..……………………..……………………..…………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

Любое иное лечение, которое проходит ребенок:

…………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Контактные телефоны для связи с родителями:

Домашний телефон: ……………………..….

Мобильный телефон Отца: …………………… Мобильный телефон Матери: ………………….

Рабочий телефон Отца: ……………..………… Рабочий телефон Матери:…………..…..………

В случае, если связь с родителями будет невозможно установить, с каким лицом следует далее связаться представителям Школы?

Полное Имя / Родство: ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………….

Контактный телефон: …………………………………………………………………………………………

Дополнительные сведения:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Фамилия/ Имя родителя:……………………………………..

Подпись: ……………………………………

Дата: ……………………………….

**Анкета должна быть передана Ответственному Учителю группы, в которой обучается ребенок, до ……………………………….. (дата).**