**ШКОЛА**

**НАВЧАЛЬНИЙ РІК**

**ОПИТУВАЛЬНИК ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я**

Директору

Прізвище/ Ім'я Учня/-ці: …………………………………………………………….

Група ……………

Хвороба / Проблема зі здоров'ям:

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

Медикаментозна Терапія (ліки та медикаменти, які приймає дитина):…..……………

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

Дії, які необхідно виконати у разі виникнення проблеми:

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

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

Будь-яке інше лікування, яке проходить дитина:

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

Контактні телефони батьків:

Домашній номер: ……………………..….

Мобільний номер Батька: …………………… Мобільний номер Матері: ………………….

Робочий номер Батька: ……………..………… Робочий номер Матері:…………..…..………

У випадку, якщо зв'язок з батьками буде неможливо встановити, з якою особою слід далі зв'язатися представникам Школи?

Повне Ім'я / Спорідненість:…………………………………………………………………………………

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

Контактний номер: …………………………………………………………………………………………

Додаткова інформація:

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

Прізвище / Ім'я Батька/ Матері:……………………………………..

Підпис: ……………………………………

Дата: ……………………………….

**Учень має передати даний Опитувальник Відповідальному Вчителю своєї групи до ……………………………….. (дата).**