

**Анкета для родителей детей, поступающих в ДОЛ «Санаторий имени Чехова»**

(заполняется родителями)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фамилия (ребенка)** |  | |
| **Имя** |  | |
| **Отчество** |  | |
| **Дата рождения** |  | |
| **Полных лет** |  | |
| **Окончил классов** |  | **Школа** |
| **Домашний адрес**  **Страна/индекс** |  | |
| **Телефон моб.** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Мама** | **Папа** |
| Фамилия |  |  |
| Имя |  |  |
| Отчество |  |  |
| Телефон дом. |  |  |
| Телефон рабочий |  |  |
| Телефон моб. |  |  |
| E -mail |  |  |

**Доверенное лицо (в случае, если родители не доступны) кто может принять ребенка в случае экстренной отправки домой из лагеря или принять решение в нестандартной ситуации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кем доводится |  | |
| Фамилия |  | |
| Имя/Отчество |  |  |
| Домашний адрес  Страна/индекс |  | |
| Телефоны дом./раб. | дом | раб |
| Телефон моб. |  | |

Дополнительные сведения о ребенке:

1.Есть ли противопоказания для занятия спортом?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.Есть ли у ребенка аллергия (индивидуальная непереносимость) на продукты питания. На что конкретно? \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Есть ли у ребенка аллергия на лекарства (если да, то на какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Были ли хирургические операции?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Часто ли ребенок болеет? Если да, то чем?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6.С каким заболеванием состоит на диспансерном учете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.Какие инфекционные болезни перенес, возможно ли обострение?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Были ли травмы (переломы, ушибы, сотрясения и т.п.) за последние полгода \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подробнее о травмах** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли заболевания, требующие постоянного приема лекарственных препаратов (наследственные заболевания и пр.)? Название препаратов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Медикаменты в лагерь брать запрещено**, но если есть такая необходимость, то нужно предоставить назначение врача при оформлении документов при заезде в лагерь.

9. Наличие энуреза есть/нет (нужное обвести)

Какие хронические болезни есть, возможно ли обострение? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Я, согласно ст. 32 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. даю информированное согласие на оказание медицинской помощи, на консультацию и госпитализацию в территориальное ЛПУ ребенка при острых состояниях или обострении хронических состояний. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Внимание! Этот пункт касается всех! Курение, употребление спиртных напитков категорически запрещено! Это ЗАКОН! Если Ваш ребенок не имеет этих ограничений дома, то родитель обязательно должен согласовать с ребенком готовность отказаться от этих привычек на время тура (требуется подпись родителя). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

В случае нарушения этого **ЗАКОНА** ребенок будет отправлен домой!

**ФИО, заполнившего анкету \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**