**DANE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

**Dotyczy uczennicy/ucznia:**

……………………………..

 imię i nazwisko ucznia

1. Ewentualna choroba dziecka ………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………

1. Przyjmowane leki ……………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

1. Opieka poradni specjalistycznych……………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

1. Stosowana dieta………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………

1. Rozwój psychofizyczny ……………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………

……………………………………………

Data i podpis rodzica/ prawnego opiekuna