**Załącznik nr 13 a**

# KARTA INFORMACYJNA

**I. Informacje personalne o wychowanku:**

Imię / imiona i nazwisko ..............................................................................................................

Data i miejsce urodzenia ..............................................................................................................

PESEL .................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

## II. Informacje personalne o rodzicach/opiekunach prawnych

Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego ...................................................................................

.......................................................................................................................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................................................

Telefon .........................................

Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego .................................................................................

Adres zamieszkania ......................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Telefon ........................................

**III. Informacje o stanie zdrowia dziecka**

Opinia rodziców/prawnych opiekunów o stanie zdrowia dziecka (choroby przewlekłe, alergia – rodzaj, omdlenia, duszności, niedosłuch, padaczka itp.) ..........................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Zażywane leki (nazwa, częstotliwość zażywania i dawka) ......................................................... .......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

Czy dziecko jest uczulone (leki, produkty spożywcze, inne) .....................................................

.......................................................................................................................................................

Grupa krwi dziecka ......................................................................................................................

Czy dziecko jest pod stałą kontrolą lekarza specjalisty ...............................................................

......................................................................................................................................................

Inne informacje ............................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Stwierdzam, że podałam/podałem wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas pobytu w placówce

................................................. ................................................

 (miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** (niepotrzebne skreślić), na podejmowanie przez wychowawcę decyzji w nagłych wypadkach zagrożenia zdrowia lub życia (np. konieczność wykonania badań specjalistycznych, podpisania zgody na wykonanie operacji w szpitalu lub innych).

...........................................................

(seria i numer dowodu osobistego)

.................................................

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)