

Data

BADANIE SPORTOWE WSTĘPNE/ OKRESOWE

Imię nazwisko –

PESEL –

Adres

Klub/ dyscyplina/ data rozpoczęcia

.....

Przebyte choroby

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

Hospitalizacje (przyczyna, czas i miejsce)

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

Operacje

.....
.....

Złamania

.....
.....

Leczenie w Poradni Specjalistycznej (oprócz POZ – lekarz rodzinny)

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

Przyjmowane leki:

Obecnie

W przeszłości

.....

Wywiad rodzinny:

Nadciśnienie tętnicze

Cukrzyca

Choroby nowotworowe

Nagłe zgony z nieustalonej przyczyny

Choroby serca

Inne

Imię i nazwisko dziecka

Oświadczam, że nigdy nie wystąpiły u mojego dziecka: drgawki, utraty przytomności, zaburzenia psychiczne.

.....
(podpis opiekuna prawnego)