**ANKIETA WSTEPNA PRZED KWALIFKACJĄ DO UPRAWIANIA SPORTU**

Imię i nazwisko dziecka: ………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………..

Dyscyplina sportowa: ………………………………………………………………

TAK

NIE

1. Czy obecnie dziecko zgłasza jakieś dolegliwości?

2. Czy w okresie ostatnich 4 tygodni dziecko zgłaszało dolegliwości, było chore lub wymagało konsultacji lekarskiej?

TAK

NIE

TAK

NIE

3. Czy dziecko pozostaje pod opieką poradni specjalistycznej? Jeśli tak, to jakiej?

Poradnia: ……………………………………………………………………………………………………………..

TAK

NIE

4. Czy dziecko wymaga stałego leczenia farmakologicznego? Jeśli tak to jakimi lekami?

Leki: …………………………………………………………………………………………………………………..

5. Czy u dziecka w przeszłości przeprowadzano leczeni operacyjne lub zabiegowe? Jeśli tak, to z jakiego powodu?

TAK

NIE

Powód leczenia: ……………………………………………………………………………………………………

TAK

NIE

6. Czy dziecko wymagało w przeszłości leczenia szpitalnego? Jeśli tak to z jakiego powodu?

Powód hospitalizacji: ………………………………………………………………………………………………

7. Czy dziecko kiedykolwiek straciło przytomność, zasłabło, zgłaszało nagłe zawroty głowy, zaburzenia widzenia itp.?

TAK

NIE

TAK

NIE

8. Czy dziecko kiedykolwiek zgłaszało dolegliwości bólowe w klatce piersiowej?

TAK

NIE

9. Czy dziecko kiedykolwiek zgłaszało uczucie nierównego lub szybkiego bicia serca?

TAK

NIE

10. Czy w rodzinie dziecka stwierdzano nagłe zgony osób młodych (do 50 roku życia)?

11. Czy u dziecka doszło kiedykolwiek do złamań kości, urazów stawów lub więzadeł (zwichnięć lub skręceń)? Jeśli tak to jakich?

TAK

NIE

Urazy: ………………………………………………………………………………………………………………..

12. Czy dziecko jest uczulone na substancje pokarmowe, wziewne, kontaktowe lub jady owadów? Czy zdaniem rodziców prezentowało w przeszłości objawy mogące sugerować takie uczulenie?

TAK

NIE

13. Czy u dziecka stwierdza się lub stwierdzano w przeszłości trudności w oddychaniu w trakcie lub po wysiłku fizycznym?

TAK

NIE

TAK

NIE

14. Czy u dziecka kiedykolwiek wystąpił napad drgawkowy?

TAK

NIE

15. Czy dziecko nosi okulary bądź szkła kontaktowe lub noszenie powyższych zostało zalecone?

TAK

NIE

16. Czy u dziecka doszło w przeszłości do urazów gałki ocznej?

17. Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień ochronnych?

TAK

NIE

……………………………………………………..

data i podpis