

Приложение №3 к Договору на организацию туристического обслуживания № 01/А от 28 апреля 2016 г.

ИНФОРМАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ УЧАСТНИКА ЯЗЫКОВОЙ ПРОГРАММЫ «Английское Путешествие»

Фамилия

Имя

Полных лет

Отчество

Хронические заболевания:

ЕСТЬ

НЕТ

Если есть: подробно написать, какие. Указать частоту обострений, в какой стадии находится сейчас

Состоит ли на диспансерном учете в медицинских учреждениях?: ДА НЕТ

Если да, то у каких врачей:

Принимает ли систематически какие-либо лекарства: ДА НЕТ

Если да, то какие и когда:

Есть ли лекарства, которые Вы принципиально не используете: ДА НЕТ

Если да, то какие:

Аллергические реакции на медикаменты, пыль, шерсть животных, пыльцу растений, пищевые продукты и напитки и т.д.

ДА

НЕТ

Если есть: подробно указать аллергены, в чем заключается реакция:

Были ли за последние 2 месяца контакты с инфекционными больными? БЫЛИ НЕТ
 Если были, указать, с какими и когда.

Перенесенные травмы, хирургические операции за последние 6 месяцев БЫЛИ НЕТ
 Если были, подробно указать, какие и когда:

Получал ли ребенок профилактические прививки в соответствии с национальным календарем прививок? Если нет, то по какой причине: ДА НЕТ

Привит ли ребенок от:
 от гриппа в тек. сезоне ДА НЕ Т от клещевого энцефалита? ДА НЕТ

В случае проведения программы в регионе, эндемичном по клещевому энцефалиту, в случае укуса клещом, проводить ли иммунизацию ребенка иммуноглобулином против клещевого энцефалита в территориальном медицинском учреждении? ДА НЕТ

Перечень заболеваний и состояний, при которых устанавливаются ограничения для участия в детских программах «М-Лингва»

Вид ограничения	Болезнь
По согласованию с врачом	Бронхиальная астма
По согласованию с врачом	Эпилепсия
По согласованию с врачом	Пороки сердца
По согласованию с врачом	Вегетососудистая дистония
По согласованию с врачом	Хроническая сердечная недостаточность
По согласованию с врачом	Язвенная болезнь кишечника
По согласованию с врачом	Любые аномалии развития
По согласованию с врачом	Нефриты без почечной недостаточности
По согласованию с врачом	Мочекаменная болезнь
По согласованию с врачом	Энурез
По согласованию с врачом	Любые органические заболевания ЦНС
По согласованию с врачом	Сахарный диабет
По согласованию с врачом	Любые заболевания крови
По согласованию с врачом	Период мене 3-х месяцев после травм опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговых и спинальных
По согласованию с врачом	Период менее 3-х месяцев после любых хирургических операций
По согласованию с врачом	Заболевания опорно-двигательного аппарата
По согласованию с врачом	Хирургические болезни
По согласованию с врачом	Иные состояния и заболевания, по компетентному заключению врача программы
Не допускается к участию в программе	Заразные кожные заболевания
Не допускается к участию в программе	Инфекционные болезни в активной форме
Не допускается к участию в программе	Паразитарные болезни (любые)
Не допускается к участию в программе	Любые заболевания в остром периоде
Не допускается к участию в программе	Нефриты с почечной недостаточностью
Не допускается к участию в программе	Психологические болезни (любые)
Не допускается к участию в программе	Алкоголизм, наркомания, др токсикомании
Не допускается к участию в программе	Гемофилия

Родители ребенка несут ответственность за полноту и достоверность сведений о здоровье ребенка, указанных в анкете.

Помните! Сообщение недостоверных или неполных сведений о состоянии здоровья ребенка может негативно отразиться на участии в программе!

Анкету заполнил _____
(ФИО)

Дата . .

Подпись _____