





11. Jaki jest najlepszy sposób na pomoc w rozładowaniu napięcia u Państwa dziecka:

.....

12. Czy dziecko jest pod opieką lekarza specjalisty    TAK    NIE

Jeśli tak to jakiego.....

13. Czy dziecko choruje na jakąś chorobę przewlekłą    TAK    NIE

Jeśli tak to jaką.....

14. Jakie choroby zakaźne dziecko przebyło?

.....

15. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia?    TAK    NIE

16. Czy ma uczulenie na ukąszenia owadów (pszczoły, osy, itp.)?    TAK    NIE

Jeśli tak to jakie.....

17. Czy dziecko ma jakieś alergie?    TAK    NIE

Jeśli tak to jakie.....

18. Inne informacje o dziecku/ zalecenia dla personelu

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

.....

(miejscowość, data)

(podpis rodzica/opiekuna)