

ЛИЧЕН МЕДИЦИНСКИ ФОРМУЛЯР НА УЧАСТНИКА

ОБЪРНЕТЕ ВНИМАНИЕ!

Този формуляр е поверителен и информацията в него ще се използва само за целите на курса. Тя е необходима, за да повишим качеството и сигурността на лагерите и да съобразим програмата с индивидуалните способности и особености на участниците.

Моля, попълнете този формуляр коректно и отговорете на всички въпроси.

1. Персонална информация

Участник:.....
(име, презиме, фамилия)

Възраст:.....Г. Тел*:

Ръст:.....СМ. ЕГН*:.....

Тегло:.....КГ.

* незадължителна информация

* ЕГН на участника ни трябва, за да направим групова застраховка, която е включена в цената на курса. Ако не желаете да споделите ЕГН, ще Ви помолим да представите застрахователна полица на участника, валидна за времето и условията на лагера.

2. Лица за връзка при необходимост:

1. - Тел.....
(име, презиме, фамилия) (родствена връзка)

2. - Тел.....
(име, презиме, фамилия) (родствена връзка)

3. Медицинска информация

А: Алергии (включително към медикаменти, храна (ядки, зърнени храни, млечни продукти, мед и т.н.), ухапвания и ужилвания, полени и други).

ИМА НЯМА

алергичен/а към	описание на реакцията	противодействащи медикаменти

В: Медикаменти, които детето приема в момента.

ПРИЕМА **НЕ ПРИЕМА**

медикамент	причини за приемане	доза	странични ефекти

4. Минали и настоящи медицински проблеми

Моля, отбележете с **да /не**:

1. Минали травми		13. Астма	
2. Проблеми с опорно-двигателния апарат		14. Белодробни инфекции	
3. Гръбначни проблеми		15. Туберкулоза	
4. Проблеми на стъпалата		16. Анемия или други кръвни заболявания	
5. Сърдечно-съдови заболявания		17. Диабет	
6. Ниско кръвно налягане		18. Проблеми със зрението	
7. Високо кръвно налягане		19. Увреждане на слуха	
8. Кожни заболявания		20. Бъбречни проблеми	
9. Хепатит		21. Психични и поведенчески разстройства	
10. Стомашна язва		22. Припадъци	
11. Проблеми на стомашно-чревния тракт		23. Прилагана диета към момента	
12. Проблеми с дихателната система		24. Други	

Моля, направете в следващата таблица подробно описание на медицинските проблеми, на които има отговор **да** и на други, ако съществуват такива.

Описание на заболяването – наблюдава ли се от лекар/наложило ли е лекарска намеса и какви медикаменти се приемат за него?

IV. Оценка на физическата форма на участника

слаба задоволителна добра отлична

V. Заключение

Много заболявания и физически увреждания не са пречка за безпроблемно участие в нашите курсове. Моля, попълнете и изпратете този формуляр възможно най-скоро, за да имаме време да извлечем необходимата информация и да зададем допълнителни въпроси, за да пристъпим към записване в курса.

Ако този формуляр **не е изпратен или е само частично попълнен**, това би попречило на предварителната подготовка на програмата и сигурното ѝ протичане. В такъв случай **не носим отговорност** за проблеми, възникнали в следствие на необявени заболявания или непълна лична информация.

Гр./с.:

Дата:

Участник:.....

(Име и подпис)

Родител/настойник:.....

(Име и подпис)