

## 2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI / HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała ..... cm ..... centyl Masa ciała ..... kg BMI ..... kg/m<sup>2</sup> ..... centyl

Wzrok: ostrość wzroku\*: bez okularów, w okularach: OP ..... OL .....

Zez\*: niewidoczny, widoczny

Cover test\*: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach\*: symetryczne, niesymetryczne

Inne zaburzenia\*\* .....

Słuch: test\*: szeptem, audiometryczny\*: prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu\*: prawidłowy, podejrzenie\*: bocznego skrzywienia kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko - koślawych

Ciepłota ciała ..... mmHg ..... centyl .....

Inne uwagi .....

data

podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki

## 3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

Wzrastanie\*: prawidłowe, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia

Układ ruchu\*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa\*\* .....

kolana koślawe, stopy płasko - koślawe, inne odchylenia\*\* .....

Rozwój psychomotoryczny\*: prawidłowy, nieprawidłowy\*\* .....

Mowa\*: prawidłowa, nieprawidłowa

Lateralizacja\*: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

Jama ustna \*\*: .....

Jądra w mosznie (dotyczy chłopców)\*: TAK, NIE\*\* .....

Pozostałe układy\*: prawidłowe, nieprawidłowe\*\* .....

PROBLEM ZDROWOTNY - rozpoznanie: .....

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA\*: pełna, niepełna\*\* .....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*: A A<sub>S</sub> B B<sub>K</sub> C C<sub>I</sub> - zalecenia: .....

ZALECENIA .....

data

podpis i pieczęć lekarza

\* właściwe podkreślić \*\* wpisać rodzaj odchylenia

SIERPC Tel./fax (24) 275-64-65; 275-44-74; 275-79-01 www.alladruk.pl Zlec 23129