**Dotazník pro posuzování zdravotní způsobilosti ke vzdělávání**

**Údaje pacienta:**

Jméno a příjmení: narozen dne :

Adresa trvalého pobytu :

**Údaje zákonného zástupce (rodiče)**

Jméno a příjmení : narozen dne :

Kontakt /telefon, mail/ :

Název školy:

Adresa školy:

Číslo a název oboru:

Sledován/a u odborného lékaře:

* ANO
* NE

v případě že ANO, uveďte jména specialistů , specializaci a doložte všechny odborné nálezy, které máte u sebe:

Užívá pravidelně léky:

* ANO
* NE

v případě že ANO,uveďte přesně jaké, včetně dávkování:

Alergie:

* ANO
* NE

V případě že ANO, uveďte podrobnosti

V ……………………. Dne …………… …………………………………….

 podpis pacienta/zákonného zástupce

K  vyšetření doneste moč .