



Erasmus+

Długoterminowe Wyjazdy Uczniów, Sektor Edukacji Szkolnej Akredytacja, Runda 2024,
IX Liceum Ogólnokształcące w Sosnowcu

Imię i nazwisko ucznia

Formularz o stanie zdrowia

Formularz o stanie zdrowia składa się z dwóch części: Część 1: Opinia medyczna lekarza dotycząca możliwości uczestnictwa ucznia w długoterminowym wyjeździe oraz Część 2: Formularz z informacjami o stanie zdrowia. Część 1 zostanie wypełniona i podpisana przez lekarza, wydrukowana oraz przekazana szkole wysyłającej w celu potwierdzenia wyboru ucznia do uczestnictwa w długoterminowym wyjeździe. Część 2 zostanie wypełniona przez lekarza, podpisana przez rodziców/opiekunów i ucznia oraz umieszczona w zaklejonej kopercie. Uczeń przywiezie ją ze sobą i zostanie ona otwarta wyłącznie przez lekarza zajmującego się nim w przypadkach uzasadnionych medycznie.

Część 1: Opinia medyczna lekarza dotycząca uczestnictwa ucznia w długoterminowym wyjeździe

Ta część dokumentu zostanie wydrukowana i przekazana szkole wysyłającej w celu potwierdzenia wyboru ucznia do uczestnictwa w długoterminowym wyjeździe.

Ja, niżej podpisany/a, zaświadczam, że uczeń został dokładnie zbadany oraz że wszelkie istotne informacje medyczne zostały zawarte w *Formularzu o stanie zdrowia* oraz że uczeń może podróżować. Przyjmuję do wiadomości, że pominięcie jakiegokolwiek informacji może być szkodliwe dla zdrowia ucznia i może spowodować szybsze zakończenie pobytu za granicą.

Uważam, że na podstawie danych o stanie zdrowia i/lub stanu psychicznego ucznia, uczeń **jest/nie jest** (niepotrzebne skreślić) w stanie wziąć udział w akcji długoterminowym wyjeździe realizowanym w ramach programu Erasmus+.

Nazwisko i tytuł lekarza		Pieczęć i podpis	
Dane kontaktowe (adres, telefon, e mail – jeśli dotyczy)		Data	



Erasmus+

Część 2: Formularz o stanie zdrowia

Uczeń planuje spędzić od 2 do 12 miesięcy w szkole przyjmującej i mieszkać z rodziną goszczącą za granicą. Dostarczenie niepoprawnych lub niepełnych informacji o jego zdrowiu może prowadzić do problemów podczas pobytu za granicą. Formularz powinien wypełnić lekarz ucznia, który **nie** jest bliskim krewnym wnioskodawcy. Rodzice/opiekunowie ucznia powinni dostarczyć lekarzowi wszelkie potrzebne informacje/dokumentację dotyczące historii chorób ucznia. Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z pytań 3-14 brzmi „TAK”, proszę uwzględnić lub dołączyć szczegółowe informacje.

Niniejszy formularz powinien zostać umieszczony w zaklejonej kopercie. Uczeń przywiezie ten formularz ze sobą. Kopertę może otworzyć lekarz zajmujący się uczniem, jeśli jest to uzasadnione względami medycznymi.

Imię i nazwisko ucznia	Kraj rodzinny	Data urodzenia
------------------------	---------------	----------------

1.

Wzrost		Waga		Ciśnienie krwi		Puls		Oddech	
--------	--	------	--	----------------	--	------	--	--------	--

2. Czy zauważa Pan/i jakiegokolwiek odstępstwa od normy jeśli chodzi o wzrost, wagę (łącznie ze znaczą utratą lub przybraniem na wadze w ciągu ostatnich sześciu miesięcy), ciśnienie krwi, puls lub oddychanie?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę wyjaśnić:

3. Proszę zaznaczyć tak lub nie, czy zgodnie z Pana/i wiedzą uczeń przebył niżej wymienione choroby/stany:

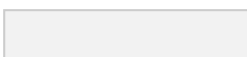
	TAK	NI E		TAK	NIE
a) Odra			j) Gorączka reumatyczna		
b) Świnka			k) Kaszel (przewlekły, nawracający)		
c) Różyczka			l) Bóle głowy (przewlekłe, nawracające)		
d) Ospa wietrzna			m) Somnambulizm		
e) Choroba Heinego-Medina			n) Moczzenie bezwolne		
f) Zapalenie wątroby			o) Zapalenie wyrostka		



			robaczkowego		
g) Gruźlica			p) Pasożyty (wewnętrzne)		
h) Choroba weneryczna			q) Zapalenie mózgu		
i) Kleszczowe zapalenie mózgu			r) Szkarlatyna		

Jeśli tak, proszę podać szczegółowe informacje oraz daty (w razie potrzeby proszę użyć dodatkowych stron):

48



Długoterminowe Wyjazdy Uczniów, Sektor Edukacji Szkolnej, Projekty Strategiczne – Akcja 2

4. TRĄDZIK Tak Nie

Jeśli tak, proszę określić obszar, nasilenie, zażywane leki - nazwę, dawkę i częstotliwość podawania:

5. ALERGIE Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać rodzaj, zażywane leki - nazwę, dawkę i częstotliwość podawania:

6. ASTMA Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać rodzaj, nasilenie, zażywane leki - nazwę, dawkę i częstotliwość podawania:

7. CUKRZYCA Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać rodzaj, nasilenie, zażywane leki - nazwę, dawkę i częstotliwość podawania:

8. PADACZKA Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać rodzaj, nasilenie, zażywane leki - nazwę, dawkę i częstotliwość podawania:

9. Czy u ucznia kiedykolwiek, łącznie z dzisiejszym badaniem, stwierdzono jakiegokolwiek zaburzenia, uszkodzenie lub nieprawidłowości:

	TAK	NI E		TAK	NIE
a) Narządów jamy brzusznej, układu pokarmowego			e) Serca i naczyń krwionośnych		
b) Płuc, układu oddechowego			f) Migdałków, nosa lub gardła		
c) Kości, stawów, układu ruchu			g) Krwi, układu dokrewnego		
d) Układu moczowo płciowego			h) Oczu/wzroku, uszu/słuchu		

Jeśli tak, proszę wyjaśnić (w razie potrzeby proszę użyć dodatkowych stron) oraz określić wszelkie formy pomocy lub dostosowań, jakie mogą być potrzebne:

49

Długoterminowe Wyjazdy Uczniów, Sektor Edukacji Szkolnej, Projekty Strategiczne – Akcja 2

10. Czy uczeń był hospitalizowany?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać datę, diagnozę i wynik każdego zdarzenia:

11. Czy uczeń obecnie przyjmuje jakiegokolwiek leki lub zastrzyki (inne niż te wymienione

wcześniej)? Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać nazwę leku, powód stosowania, dawkę i częstotliwość podawania:

12. Czy uczeń KIEDYKOLWIEK skonsultował się z neurologiem, psychologiem lub innym specjalistą od zaburzeń nerwowych, emocjonalnych lub żywieniowych?

Tak Nie

13. Czy wcześniej wystąpiły jakiegokolwiek zaburzenia emocjonalne, nerwowe lub żywieniowe lub istnieją w chwili obecnej ich oznaki?

Tak Nie

Jeśli odpowiedź na pytanie 12 lub 13 brzmi tak, należy załączyć PEŁNY raport specjalisty oraz oświadczenie specjalisty i rodziców o chorobie lub konkretnym problemie. Uwaga: Przydzielenie ucznia do rodziny goszczącej, szkoły lub społeczności za granicą wymaga przystosowania się, które często łączy się ze stresem. Nie jest to właściwy moment na ograniczenie leczenia lub tymczasowe przerwanie leczenia. Jeśli uczeń ma w chwili obecnej problemy emocjonalne, fizyczne, osobiste lub rodzinne, mogą się one znacznie zaostrzyć przez wymagania związane z przystosowaniem się. Dlatego są Państwo zobowiązani do dokładnej oceny obecnego i poprzedniego stanu ucznia, leczenia oraz jego możliwości radzenia sobie z potencjalnym niepokojem i stresem związanym z przystosowaniem się do obcego otoczenia.

14. Czy istnieją jakiegokolwiek ograniczenia zdrowotne związane z zajęciami, w tym sportowymi, w jakich uczeń może brać udział lub które powinny zostać wzięte pod uwagę przy przydzieleniu go do określonego domu/szkoły?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę opisać:

50

Długoterminowe Wyjazdy Uczniów, Sektor Edukacji Szkolnej, Projekty Strategiczne – Akcja 2

15. Czy uczeń nosi okulary lub soczewki kontaktowe?

Tak Nie

Jeśli tak, proszę podać moc soczewek:

16. Kiedy uczeń odbył ostatnią kontrolę stomatologiczną?

Czy uczeń nosi aparat ortodontyczny?

Tak Nie

Jeśli tak, czy podczas trwania programu będzie potrzebna opieka

ortodontyczna? Tak Nie

Częstotliwość?

17. Uczeń został poddany następującym szczepieniom, jeśli tak, proszę określić dzień, miesiąc i rok (lub, jeśli to możliwe, załączyć kopię karty szczepień)

	TAK	NIE	DD/MM/RRRR		TAK	NIE	DD/MM/RRRR
a) Odra				f) Tęžec			
b) Choroba Heinego Medina				g) Świnka			
c) BCG				h) Różyczka			
d) Zapalenie wątroby typu B				i) Błonica			
e) Krztusiec				j) Inne			

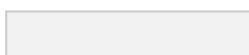
Jeśli inne proszę podać:

18. Czy uczeń miał zrobiony test na gruźlicę? Proszę podać rodzaj? Mantoux czy Tine (cykl pierwszy). Data testu: Wynik testu (+/-):

Jeśli wynik był pozytywny, czy wykonano zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej? Tak Nie Data: Wynik (+/-):

Jeśli tak, proszę wyjaśnić (w razie potrzeby proszę użyć dodatkowych stron):

51



Długoterminowe Wyjazdy Uczniów, Sektor Edukacji Szkolnej, Projekty Strategiczne –

Akcja 2 **Podpisy:**

Ja, niżej podpisany/a, zaświadczam, że uczeń został dokładnie zbadany oraz że wszelkie istotne

informacje medyczne zostały zawarte w *Formularzu o stanie zdrowia*, żadne wiążące informacje nie zostały pominięte oraz że uczeń może podróżować. Przyjmuję do wiadomości, że pominięcie jakiegokolwiek informacji może być szkodliwe dla zdrowia ucznia i może spowodować szybsze zakończenie pobytu za granicą.

Nazwisko i tytuł lekarza		Pieczęć i podpis	
Dane kontaktowe (adres, telefon, e mail – jeśli dotyczy)		Data	

Ja, niżej podpisany/a, potwierdzam, że wszelkie informacje zawarte w niniejszym *Formularzu o stanie zdrowia* są poprawne i kompletne oraz, że udzielenie niepoprawnych lub niepełnych informacji może być szkodliwe dla zdrowia ucznia i może skutkować wcześniejszym zakończeniem pobytu za granicą. Zgadzam się, aby koperta zawierająca ten *Formularz* została ujawniona lekarzowi zajmującemu się moim dzieckiem podczas trwania wyjazdu, jeśli jest to uzasadnione względami medycznymi. Jeśli wystąpi taka konieczność, zgadzam się na przekazanie wszelkich potrzebnych informacji związanych ze zdrowiem mojego dziecka szkole przyjmującej i rodzinie goszczącej. Wszelkie dane osobowe będą traktowane jako poufne.

Podpis ucznia (jeśli jest on pełnoletni)	Data
Podpis rodzica (rodziców)	Data

