Imię i nazwisko u ucznia:

Wiek / klasa	Data	Wysokość ciała		Masa ciała		Ostrość wzroku			Ciśnienie tętnicze krwi			Test do wykrywania					Czytelny podpis plg. / hig.
		Cm	Centyl	Kg	BMI / Centyl	Data	OP	OL	Data	Wynik	Centyl	Data	Skolioza	Kifozy piersiowej	Koślawości kolan	Stóp płasko koślawych	
Zez – klasa „0" I SP	Data	Widoczny	Cover test	Odbicie światła na rogówkach	Słuch – klasa "0" / I i VII SP	Data	UP	UL	Mowa	Data	Wynik	Statyka ciała – kl. „0" i I SP	data	wynik	Widzenie barw – klasa III SP	Data	Wynik	I miesiączka w wieku

KARTA ZDROWIA UCZNIA

(pieczęcie gabinetów profilaktycznych, data utworzenia / wpływu dokumentacji)

nazwisko i imię/imiona:

PESEL:

nazwisko i imię/imiona w przypadku zmiany:

PESEL w przypadku zmiany:

adres, telefon:

data urodzenia:

adres, telefon w przypadku zmiany:

PRZEBYTE CHOROBY i URAZY

Rok życia	Rodzaj i opis

PROBLEM ZROWOTNY, SZKOLNY, SPOŁECZNY

Data	Rodzaj problemu i opis

KWALIFIKACJA DO WYCHOWANIA FIZYCZNEGO

Data	Klasa	Grupa	Zalecenia

Imię i nazwisko ucznia:……

KWALIFIKACJA DO WYCHOWANIA FIZYCZNEGO – c.d.

Data	Klasa	Grupa	Zalecenia

WNIOSKI O KONSULTACJĘ DO LEKARZA POZ / LEKARZA SPECJALISTY

Data	Opis problemu	Wnioski i zalecenia po konsultacji

WYWIADY ŚRODOWISKOWE

Data	Opis i wnioski

Wkleić: karty badań rozwoju i zdrowia ucznia, wyniki badań specjalistycznych, inne dokumenty

Imię i nazwisko ucznia: ……

PROFILAKTYKA FLUORKOWA

Rok szkolny	Klasa	Data przeprowadzonej fluoryzacji						Pieczęć i podpis pielęgniarki / higienistki szkolnej
		I	II	III	IV	V	VI	