**Медицинская форма для зачисления**

**Информация о ребенке**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия** |  | **Имя** |  |
| **Дата рождения** |  | **Пол** |  | **Группа крови** |  |

**Информация о родителях/опекунах**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Имя** |  | **Отношение к ученику** |  | **Тел.** |  |
| **Имя** |  | **Отношение к ученику**  |  | **Тел.** |  |
| **Место Жительства** |  | **Городской номер тел.** |  |
| **Эл. адрес или др. контакт** |  |
| **Рабочий адрес** |  | **Городской номер тел.** |  |
| **Эл. адрес или др. контакт** |  |

**Информация о лечащем враче ребенка**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Врач** |  | **Номер тел.** |  |
| **Адрес** |  |
| **Другие медицинские учреждения** |  | **Номер тел.** |  |
|  | **Номер тел.** |  |

**Контакты человека для связи в черезвычайных ситуациях**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Имя**  |  | **Отношение к ученику** |  |
| **Номер телефона** |  | **Мобильный телефон** |  |

**Рост и вес Ребенка**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Рост** | **Вес** |
|  |  |  |

**Аллергии**

|  |  |
| --- | --- |
| **Аллергия** | **Лечение** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

**Особые требования к питанию**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Врожденные Заболевания**

|  |  |
| --- | --- |
| **Заболевание** | **Особое лечение** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Перенесенные Инфекционные Заболевания (Please indicate, including date)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Корь** |  | **Вир. Гепатит А** |  |
| **Паротит (свинка)** |  | **Ветрянка** |  |
| **Краснуха** |  | **Скарлатина** |  |
| **Дифтерия** |  | **Туберкулез** |  |
| **Коклюш** |  | **Другие** |  |

**Информация о каких-либо перенесенных заболеваниях/травмах, операциях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Детали** | **Лечение** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Вакцинации (Пожалуйста, укажите даты, если возможно)**

|  |  |
| --- | --- |
| **БЦЖ \*** |  |
| **Вирусный Гепатит В \*** | **1** | **2** | **3** |
| **Полиомиелит \*** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **Корь Краснуха Паротит \*** | **ККП** | **КК** |
| **АКДС (дифтерия,коклюш,столбняк)** | **1** | **2** | **3** | **Ревакцинация** |
| **АКДС (дифтерия, столбняк \*** | **Ревакцинация 6 лет** | **11 лет** | **16 лет** |
| **ХИБ (гемофильная инфекция) \*** | **1** | **2** | **3** |
| **Ветряная оспа** | **1** | **2** |
| **Другие вакцины** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Карты вакцинаций требуются для всех зачисляющихся студентов. Если карты вакцинации не предоставлены с вакцинациями, помеченными \* , укажите причину ниже:**

1. У моего ребенка опасная для жизни аллергическая рекация на вакцины или очень слабая имунная система, поэтому его нельзя вакцинировать. **ДА/НЕТ**
2. Я отказываюсь от этих прививок из-за моих собственных взглядов на жизнь. **ДА/НЕТ**
3. Другая причина или обьяснение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обратите внимание, что ученики без карт вакцинаций и те, у кгог нет необходимых прививок, будут исключены из школы во время соответствующих случаев заболевания в Бишеке и / или в школе.**

**Я подтверждаю, что предоставленная выше информация, верна.**

**В случае неотложной медицинской помощи я даю разрешение моему ребенку (детям) на получение медицинской помощи, если это сочтено необходимыми присутствующими медицинскими представителями.**

**Подпиcь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Родитель / Опекун**