

WALLTOPIA

CLIMBING CENTER

ЗДРАВНА АНКЕТА

Моля, попълнете настоящата анкета и я предайте не по-късно от три работни дни преди началото на Walltopia Day Camp. Тези данни са необходими за осигуряване на безопасността на Вашето дете по време на занималнята. В случай, че участникът не е навършил 18 години, анкетата се попълва от неговия родител или настойник.

Трите имена, възраст, ЕГН, адрес и телефон на участника:

.....
.....
.....

Трите имена и телефон (мобилен) на родителя/настойника:

.....
.....
.....

Лице за връзка при инцидент – трите имена, адрес, телефон (мобилен):

.....
.....
.....

Страда ли от диабет? Ако да, опишете лечението:

.....
.....

Боледувал ли е от хепатит? Ако да, опишете лечението към момента и диетата:

.....
.....

WALLTOPIA

CLIMBING CENTER

Алергичен ли е? Посочете към какво:

.....
.....

Приема ли лекарства във връзка с алергия? Ако да, посочете какви:

.....
.....

Наблюдавани най-чести симптоми при алергична реакция:

.....
.....

Страда ли от хронични заболявания? Опишете ги:

.....
.....

Ако приема лекарства във връзка с посочените заболявания посочете названията и дневната им дозировка:

.....
.....

Травми и операции в миналото. Опишете ги хронологично:

.....
.....

Участникът имал ли е припадъци?

.....
.....

WALLTOPIA

CLIMBING CENTER

Прекарани заболявания през последните 12 месеца наложили лекарска намеса и/или престой в болнично заведение. Опишете ги. Продължавате ли лечението до момента?

.....
.....

Данните в настоящата анкета са за ползване от персонала на Уолтопия Клайминг Център. Гарантираме конфиденциалност на информацията.

ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ ВСИЧКО НАПИСАНО ОТ МЕН Е ИСТИНА.

Дата:

Подпис: