

**АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ** (Официальное приложение, заполняется родителями ребенка)

1. ФИО ребенка \_\_\_\_\_

2. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

3. Выезжал ли Ваш ребенок в лагерь ранее, сколько раз, начиная с какого возраста? \_\_\_\_\_

4. Состав семьи (перечислить): \_\_\_\_\_

5. Фамилии, имена, отчества и контактные телефоны родителей (законных представителей):

ФИО. \_\_\_\_\_ Тел. (моб.) \_\_\_\_\_

(раб) \_\_\_\_\_

ФИО. \_\_\_\_\_ Тел. (моб.) \_\_\_\_\_

(раб) \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ**

- Склонность к простудным заболеваниям \_\_\_\_\_
- как переносит солнце? \_\_\_\_\_
- необходимость диеты (указать, какая)? \_\_\_\_\_
- аллергические реакции (если были, указать, когда – даже единичный случай, начиная с рождения, на что, как проявляется, какие необходимы средства для снятия аллергии)? \_\_\_\_\_
- есть ли аллергические реакции на лекарственные препараты (на какие)? \_\_\_\_\_
- реакция на укусы насекомых \_\_\_\_\_
- укачивает ли в транспорте? \_\_\_\_\_
- с какими болезнями лежал в больнице (указать когда)? \_\_\_\_\_
- операции (если были, указать какие и когда)? \_\_\_\_\_
- переломы (если были, указать какие и когда)? \_\_\_\_\_
- сотрясения мозга (если были, указать, какой степени и когда)? \_\_\_\_\_
- есть ли необходимость в приеме каких-либо лекарств? \_\_\_\_\_
- другие особенности \_\_\_\_\_

**ФИЗИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ**

- Какими видами спорта занимался (занимается) Ваш ребенок? \_\_\_\_\_
- боязнь высоты \_\_\_\_\_
- боязнь животных \_\_\_\_\_
- умение плавать \_\_\_\_\_
- быстрая утомляемость \_\_\_\_\_
- зрение, ношение очков \_\_\_\_\_
- другие особенности \_\_\_\_\_

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ**

- Чем занимается с удовольствием? \_\_\_\_\_
- чем не любит заниматься? \_\_\_\_\_
- какая ситуация может оказаться трудной, стрессовой? \_\_\_\_\_
- способность к самообслуживанию (по 10-балльной шкале) \_\_\_\_\_
- какие действия нужно проконтролировать (подчеркнуть нужное): личная гигиена; переодеться, если мокро и холодно; сушка и уход за вещами; поход в баню.
- с кем предпочитает общаться Ваш ребенок? (с младшими, с ровесниками, со старшими). Есть ли трудности в общении? \_\_\_\_\_
- отношение к курению и употреблению спиртных напитков? \_\_\_\_\_

Дата заполнения анкеты « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_ г.

Анкету заполнил (а) \_\_\_\_\_

**Благодарим Вас за заполнение нашей анкеты! Она поможет педагогам, инструкторам, медицинскому работнику быстрее узнать Вашего ребенка и индивидуально решить возникающие вопросы и проблемы, разделить с ним радости и победы, которых, безусловно, будет больше! Сведения, указанные в анкете, будут доступны только руководству лагеря, педагогам, инструкторам и медицинскому работнику, работающим с ребенком.**