**Анкета педіатричного огляду.**

 (Має бути заповнено супроводжуючою особою з України перед розміщенням дитини в колективний заклад у Словацькій Республіці.)

**Ім'я дитини:**

**Дата народження:**

**Індивідуальний номер / рідний номер, надані компетентним органом в СР:**

**Стать: Чоловіча Жіноча**

**Дата прибуття до Словаччини:**

**Регіон проживання в Україні:**

**Адреса перебування в Словаччині:**

**Контактна особа:**

**Контакт з контактною особою:**

**Адреса колективного закладу, який буде відвідувати дитина:**

**Чи є в сім’ї (навколо дитини) хронічне захворювання (туберкульоз, ВІЛ, жовтяниця типу В, С тощо)?**

 **так: ні:**

**Якщо так, то яке?**

**Чи є у дитини хронічне захворювання (цукровий діабет, епілепсія, астма тощо), з приводу якого вона перебуває під наглядом/лікується в Україні?**

 **так: ні:**

**Якщо так, то яке?**

**Чи дитина приймає короткочасні/тривалі ліки?**

 **так: ні:**

**Якщо так, то які?**

**Чи є у дитини алергія на ліки / їжу / інше?**

 **так: ні:**

**Якщо так, назвіть (також опишіть ознаки алергічної реакції):**

**Чи є у дитини особливі вимоги до дієти за станом здоров’я?**

 **так: ні:**

**Якщо так, то з яких причин і з чого?**

**Чи є дитина вакцинована за календарем обов’язкових щеплень в Україні?**

 **так: ні:**

**Якщо ні, то якгої щеплення йому бракує?**