**БАЛАҒА АРНАЛҒАН САУАЛНАМА**

**(ата-анасы немесе қамқоршысы толтырады)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Баланың «Балдәурен» РОСО-ға жіберілген күні |  |
| 1. | Баланың аты-жөні |  |
| 2. | Туған күні |  |
| 3. | Мекен жайы, телефон номері |  |
| 4. | Оқу орны (№ мектеп, сынып) |  |
| 5. | Оқу орнының мекенжайы |  |
| 6. | Сіздің балаңыз лагерьде бұрын неше рет демалды, қайда? |  |
| 7. | Бала айналысатын немесе айналысқан спорт түрі |  |
| 8. | Сіз немесе сіздің балаңыз «Балдәурен» туралы қайдан білдіңіздер? |  |
| МЕДИЦИНАЛЫҚ АҚПАРАТ | | |
| 9. | Бала дәрігердің есебінде тұр ма? (болса, ауруды және соңғы өршу қашан болғанын көрсетіңіз) |  |
| 10. | Қандай сырқатпен және қашан ауруханада болды? |  |
| 11. | Суық тиюге бейімдігі |  |
| 12. | Диета қажеттілігі. Егер бала вегетариандық болса (көрсетіңіз) |  |
| 13. | Азық-түлікке аллергиясы (көрсетіңіз). |  |
| 14. | Дәрілерге аллергия (көрсетіңіз) |  |
| 15. | Күнге қалай шыдайды? |  |
| 16. | Жәндіктердің шағуына әсері қандай? |  |
| 17. | Көлікте жүрегі айныйды ма? |  |
| 18. | Төсектен немесе үстіңгі орындардан құлап кете ме? |  |
| 19. | Сынықтар (қашан болғанын көрсетіңіз) |  |
| 20. | Мидың шайқалуы (бар болса, қандай дәрежеде және қашан болғанын көрсетіңіз) |  |
| 21. | Ота ( қашан болғанын көрсетіңіз) |  |
| ФИЗИКАЛЫҚ ДЕРЕКТЕР | | |
| 22. | Суда жүзу біле ме? |  |
| 23. | Биіктен қаншалықты қорқады? |  |
| 24. | Қараңғыдан қаншалықты қорқады? |  |
| 25. | Тез шаршайды ма? |  |
| 26. | Көру (көзілдірік, линза кию) |  |
| АТА-АНАСЫ ЖАЙЛЫ АҚПАРАТ (ҚАМҚОРШЫСЫ) | | |
| 27. | Әкесінің аты-жөні және телефон номері |  |
| 28. | Анасының аты-жөні және телефон номері |  |
| 29. | Төтенше жағдайда ата-анасына хабарласу мүмкін болмаса кімге хабарласуға болады? |  |

Мен, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ баламның «Балдәурен» РОСО-ға келуіне қарсы

(Ата-анасының, қамқоршысының аты-жөні) көрсетілімдер мен шектеулер жоқ екенін растаймын. Қажет болған жағдайда медициналық араласуға қажетті талдауларды, инъекцияларды, рентгендік тексерулерді жүргізіп, баланы емдеуге рұқсат беремін.

Күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_