|  |  |
| --- | --- |
| Описание: Без име 1 | МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА  СУ „Св.св.Кирил и Методий” гр. Средец, обл.Бургас, ул. „В.Коларов” 168 тел. 0892237380 - директор; 05551/36-02 - ЗДУД; 0892237386 - канцелария; eл.поща- info-[201104@edu.mon.bg](mailto:201104@edu.mon.bg); sait: [www.susredets.org](http://www.susredets.org) |

Име на ученика:................................................................................................................клас ................

**Уважаеми родители,**

С оглед правилното поведение на медицинския специалист при провеждане на медицинско наблюдение на Вашия ученик по време на пребиваването му в училище, е необходимо да отговорите на следните въпроси:

1. Оплаквания от страна на нервната система: главоболие, безсъние, избухливост, припадъци, нощно напикаване, заекване, трепкане и др.................................................................................
2. Алергични прояви: обриви, хрема, асматичен бронхит, преходни отоци, непоносимост към храни, медикаменти, имунизации и др..........................................................................................
3. Оплаквания от страна на очите: зачервяване, възпаление, предписана корекция на зрението:...........................................................................................................................................
4. Оплаквания от страна на ушите и гърлото:................................................................................
5. Какви по- сериозни заболявания е прекарало детето Ви през последните две години?.........................................................................................................................................
6. Какво друго по отношение на здравословното състояние на детето Ви безпокои?

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

1. Ако имате документи за заболяванията- приложете ги.
2. Личен лекар на детето Ви е:.................................................................................................

**Тел. номер на личния лекар е**:.......................................................................................................

**Вашият тел**.номер е:........................................................................................................................

**Ако някои данни не желаете да запишете или не знаете как да посочите, препоръчваме Ви да разговаряте с медицински специалист.**

Дата:....................... Родител:...........................