



**Jméno:**

**Pravák/Levák**

**věk:**

**post:**

**Škola ZŠ /třída:**

**dominantní (kopací) dolní konč. P/L**

**Pojišťovna:**

**dominantní horní končetina P/L**

- 1) Je syn alergický: NE / ANO, na co ?.....
- 2) Užívá syn pravidelně léky: NE / ANO (jaké).....
- 3) Porod bez komplikací ANO/ NE (jaké).....
- 4) Byla nutná fyzioterapie u syna v prvním roce života (NE/ANO (proč, jak dlouho))  
.....
- 5) Hospitalizace (rok, s čím).....
- 6) Prodělané operace: Žádné/ANO jaké a kdy .....
- 7) Zlomeniny - část těla, kdy (rok/měsíc) .....
- 8) Poranění kotníků (kdy, kolikrát, jaká noha, jak bylo léčeno(ortéza, sádra).....  
.....
- 9) Dlouhodobé zdravotní problémy (bolesti kolen, třísel, beder, zad, krk, paty) .....
- .....
- 10) Opakované bolesti hlavy NE/ ANO (jak často?) .....
- 11) Zdravotní problémy a onemocnění za předchozí ročník, bránící v možnosti trénovat déle než dva týdny (kdy, co a jak léčeno) .....
- 12) Podezření nebo léčí se váš syn pro astma ANO / NE
- 13) Dietní specifika (potravinové alergie, celiakie, vegetariánství) NE/ANO (jaké).....
- 14) Dochází syn se zdravotními problémy nebo preventivně za někým/kam? (Lékař, fyzioterapeut, masér)  
.....
- 15) Chodí syn do posilovny ?.....
- 16) Nosí syn kontaktní čočky nebo brýle? NE/ANO (kolik dioptrií).....
- 17) Vyskytuje nebo vyskytovala se někdy u syna epilepsie NE/ANO (kdy byl poslední záchvat) .....
- 18) Proděl syn infekční onemocnění (neštovice/spalničky/jiné) NE/ANO (kdy) .....
- 19) Má syn diagnostikované specifické vývojové poruchy učení (dyslexie, dysgrafie, ADHD apod.) NE/ANO (jaké)  
.....
- 20) Je nebo v posledních dvou letech byl syn v odborné péči:  

Endokrinologa	NE	ANO	(důvod)	.....
Neurologa	NE	ANO	(důvod)	.....
Psychologa	NE	ANO	(důvod)	.....
Psychiatra	NE	ANO	(důvod)	.....
- 21) Tělesná výška biologického otce: ..... cm      tělesná výška biologické matky: ..... cm

Podpis zákonného zástupce: .....