

**Довідка**  
**учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового**  
**медичного**  
**профілактичного огляду**

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_

2. Місце проживання, телефон \_\_\_\_\_

3. Дата народження \_\_\_\_\_ 4. Стать:  ч  ж

5. Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас \_\_\_\_\_

6. Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду \_\_\_\_\_

7. Дата проведення попереднього обов'язкового медичного профілактичного огляду \_\_\_\_\_

8. Висновок (у разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ 10 або повна назва захворювання за бажанням одного з батьків або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма): \_\_\_\_\_

9. Група для занять фізичною культурою \_\_\_\_\_

10. Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного догляду за дітьми віком від 3 до 17 років) \_\_\_\_\_

11. Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду \_\_\_\_\_

12. Дата заповнення довідки "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ року

13. Батьки дитини з результатами ознайомлені \_\_\_\_\_

14. Підпис лікаря \_\_\_\_\_ (П. І. Б.)

Місце печатки

**Зріст** \_\_\_\_\_

**Вага** \_\_\_\_\_

**Зір** \_\_\_\_\_

**Проба Руф'є** \_\_\_\_\_

**Карта профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем**

1. Прізвище, ім'я, по батькові учня \_\_\_\_\_
2. Місце проживання, телефон учня \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Дата народження учня \_\_\_\_\_ 4. Стать: ч  ж
5. Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Дата проведення попередньої профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем: \_\_\_\_\_
7. Дата проведення профілактичної роботи з учнями загальноосвітнього навчального закладу, їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем \_\_\_\_\_
8. Рекомендації (з урахуванням віку дитини та проведеної профілактичної роботи) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Дата проведення наступної профілактичної роботи з учнем, його батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Дата заповнення Карти \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ року
11. Підпис лікаря \_\_\_\_\_ (П. І. Б.)

Місце печатки

**Інформація про щеплення**

---

---

---