

.....
miejsowość, data

Dane rodzica / opiekuna prawnego:

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
ADRES E-MAIL	
NUMER TELEFONU	

OŚWIADCZENIE RODZICA / PRAWNEGO OPIEKUNA DOTYCZĄCEGO DZIECKA

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA	
DATA URODZENIA	
CEL OTWARCIA SUBKONTA	

OPIS STANU ZDROWIA DZIECKA / POTRZEB :

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

PROSZĘ WSKAZAĆ CZEGO DZIECKO POTRZEBUJE W PROSESIE LECZENIE / EDUKACJI / REHABILITACJI:

1. Zaopatrzenia w środki ortopedyczne:

TAK NIE

2. Zaopatrzenia w środki pomocnicze:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie:

.....

3. Zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jaki:

.....

4. Zaopatrzenia w art. medyczne w tym jednorazowe:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie:

.....

5. Zaopatrzenia w art. pielęgnacyjne

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie i jak często:

.....

6. Zaopatrzenia w art. edukacyjne, logopedyczne itp.

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie i jak często:

.....

7. Badania diagnostyczne i laboratoryjne związane z jednostką chorobową:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać, jakie i jak często:

.....

8. Wizyty u lekarzy specjalistów:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać, u jakich i jak często:

.....

9. Specjalną dietę:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jaką:

.....

10. Suplementy:

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać jakie:

.....

11. Leki związane z jednostką chorobową:

TAK NIE

Jeśli tak proszę podać jakie:

.....

.....
podpis rodzica / prawnego opiekuna