**АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ И ОСОБЕННОСТЯХ ХАРАКТЕРА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО**

(предоставляется родителем/законным представителем)

**1. Общие сведения:**

Фамилия, имя, отчество ребёнка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Свидетельство о рождении/Паспорт: номер, серия, кем и когда выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Название учебного заведения, класс, буква (если есть) /название группы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон родителей:

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Степень родства: {{checkbox1}} Родитель {{checkbox2}} Опекун {{checkbox3}} Попечитель {{checkbox4}} Иное: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Медицинские сведения:**

□ Рост/Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox5}} Нет хронических заболеваний

{{checkbox6}} Есть хронические заболевания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox7}} Нет аллергий

{{checkbox8}} Есть аллергии. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox9}} Нет индивидуальных реакций на стресс/нагрузку

{{checkbox10}} Есть реакции. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Перенесённые заболевания за последние 12 месяцев: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox11}} Нет противопоказаний к физическим нагрузкам

{{checkbox12}} Есть противопоказания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox13}} Нет особенностей питания

{{checkbox14}} Есть особенности питания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox15}} Нет инвалидности / мед. группы

{{checkbox16}} Есть инвалидность. Группа: \_\_\_\_\_\_\_\_, диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Особенности поведения, характера, психоэмоционального состояния:**

{{checkbox17}} Повышенная активность / гиперактивность

{{checkbox18}} Склонность к тревожности / страхам

{{checkbox19}} Замкнутость / трудности в общении

{{checkbox20}} Конфликтность / агрессия

{{checkbox21}} Быстрая утомляемость

{{checkbox22}} Требуется психологическая поддержка

{{checkbox23}} Иное: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Согласие**

Настоящим подтверждаю, что предоставленные сведения являются достоверными и актуальными. В случае изменения состояния здоровья, обязуюсь незамедлительно уведомить представителей МОО «СПЕЦВЗВОД».  
Также даю информированное согласие на обработку персональных данных, включая медицинские сведения, в соответствии с Федеральным законом № 152-ФЗ «О персональных данных» исключительно для обеспечения безопасности ребёнка и соблюдения требований законодательства.

Дата заполнения: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_