**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: □ Родитель □ Опекун □ Попечитель □ Иное: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Медицинские сведения:**

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

□ Нет хронических заболеваний

□ Есть хронические заболевания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Нет аллергий

□ Есть аллергии. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Нет индивидуальных реакций на стресс/нагрузку

□ Есть реакции. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Нет противопоказаний к физическим нагрузкам

□ Есть противопоказания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Нет особенностей питания

□ Есть особенности питания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Нет инвалидности / мед. группы

□ Есть инвалидность. Группа: \_\_\_\_\_\_\_\_, диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

□ Повышенная активность / гиперактивность

□ Склонность к тревожности / страхам

□ Замкнутость / трудности в общении

□ Конфликтность / агрессия

□ Быстрая утомляемость

□ Требуется психологическая поддержка

□ 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.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_