**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: {{address4}}

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

Контактный телефон родителей:

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

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

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

Степень родства: {{checkbox24}} Родитель {{checkbox25}} Опекун {{checkbox26}} Попечитель {{checkbox27}} Иное: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Медицинские сведения:**

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

{{checkbox28}} Нет хронических заболеваний

{{checkbox29}} Есть хронические заболевания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox30}} Нет аллергий

{{checkbox31}} Есть аллергии. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox32}} Нет индивидуальных реакций на стресс/нагрузку

{{checkbox33}} Есть реакции. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

{{checkbox34}} Нет противопоказаний к физическим нагрузкам

{{checkbox35}} Есть противопоказания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox36}} Нет особенностей питания

{{checkbox37}} Есть особенности питания. Указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

{{checkbox38}} Нет инвалидности / мед. группы

{{checkbox39}} Есть инвалидность. Группа: \_\_\_\_\_\_\_\_, диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

{{checkbox40}} Повышенная активность / гиперактивность

{{checkbox41}} Склонность к тревожности / страхам

{{checkbox42}} Замкнутость / трудности в общении

{{checkbox43}} Конфликтность / агрессия

{{checkbox44}} Быстрая утомляемость

{{checkbox45}} Требуется психологическая поддержка

{{checkbox46}} 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.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_