



WOJSKOWA SZKOŁA ŚREDNIA im. Zawiszy Czarnego Liceum Ogólnokształcące / Technikum ul. Plac Zamkowy 1; 59-220 Legnica Mail: rekrutacja@wsszc.pl Strona www: www.wsszc.pl	Wypełnia szkoła	
	Data złożenia ankiety	<input type="text"/>

ANKIETA STANU ZDROWIA

kandydata na kadeta WSSZC

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą służbową i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo podczas rekrutacji i realizacji procesu edukacji w Wojskowej Szkole Średniej im. Zawiszy Czarnego.

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią, proszę wyjaśnić wątpliwości z osobą prowadzącą /sekretariatem a następnie udzielić właściwej odpowiedzi.

Wszystkie odpowiedzi muszą odzwierciedlać stan rzeczywisty i są udzielane za podpisem

Kandydata i opiekuna prawnego oraz pod rygorem odpowiedzialności prawnej.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

(Nazwisko, imię kandydata)

(numer PESEL)

w przypadku braku nr PESEL – seria i numer paszportu
lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość

LP.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ		UWAGI
		TAK	NIE	
1.	Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczyłeś(aś) się w szpitalu? Jeśli tak to z jakiego powodu? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
2.	Czy aktualnie się na coś leczysz? Jeśli tak to na co? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Wojskowa Szkoła Średnia im. Zawiszy Czarnego

LP.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ		UWAGI
		TAK	NIE	
3.	Czy przyjmujesz jakieś leki (zwłaszcza aspirynę, leki przeciwkrzepliwe)? Jeśli tak to jakie? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
4.	Czy jesteś na coś uczulony(a)? Jeśli tak to na co? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
5.	Czy występują u Ciebie:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	a. duszność?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	b. obrzęki?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	c. pokrzywka?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	d. swędzenie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
6.	Czy masz skłonność do krwawień?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
7.	Czy miałeś(aś) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
8.	Czy posiadasz rozrusznik serca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
9.	Czy chorujesz lub chorowałeś(aś) na którąś z następujących chorób?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	a. choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	b. wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	c. inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

LP.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ		UWAGI
		TAK	NIE	
	d. choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podudzi przy chodzeniu);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	e. choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	f. choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	g. choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	h. choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	i. zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	j. choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	k. choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	l. autyzm;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	m. zespół Aspergera;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	n. choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	o. niepełnosprawność ruchowa spowodowana mózgowym porażeniem dziecięcym;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wojskowa Szkoła Średnia im. Zawiszy Czarnego

	p. niepełnosprawność sprzężona;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
LP.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ		UWAGI
		TAK	NIE	
	q. choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	r. choroby oczu (jaskra);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	s. zmiany nastroju (depresja, nerwica);	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	t. choroby zakaźne;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	u. żółtaczka zakaźna;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	v. AIDS;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	w. żółtaczka zakaźna B;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	x. gruźlica;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	y. żółtaczka zakaźna C;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	z. choroby weneryczne;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	aa. choroba reumatyczna;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	ab. osteoporoza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10.	Czy źle słyszysz? Czy jesteś osobą słabosłyszącą? Czy jesteś osobą niesłyszącą?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wojskowa Szkoła Średnia im. Zawiszy Czarnego

11.	Czy korzystasz na stałe z usług gabinetu laryngologicznego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12.	Czy źle widzisz? Czy jesteś osobą słabowidzącą?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
LP.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ		UWAGI
		TAK	NIE	
13.	Czy korzystasz na stałe z usług gabinetu okulistycznego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
14.	Czy posiadasz inne dolegliwości? Jakie? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15.	Jaki był Twój ostatni pomiar ciśnienia krwi? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
16.	Czy byłeś(aś) szczepiony(a) przeciw WZW B?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17.	Czy byłeś(aś) kiedyś operowany(a)? Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
18.	Czy palisz papierosy/tytoń/e-papierosy? Jeśli tak, to ile i od kiedy? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
19.	Czy pijesz alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
20.	Czy zażywasz środki uspakajające, nasenne, narkotyki lub substancje psychotropowe? Jeśli tak to jakie? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Wojskowa Szkoła Średnia im. Zawiszy Czarnego

21.	Czy posiadasz opinie i/lub orzeczenie z PPP (Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej) o dysfunkcjach psychologicznych ¹ ? Jeśli tak to jakich? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
22.	Czy posiadasz udokumentowane przeciwwskazania do wysiłku fizycznego? Jeśli tak, to jakie? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
LP.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ		UWAGI
		TAK	NIE	
23.	Czy umiesz pływać?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
24.	Czy posiadasz kartę pływacką i/lub legitymację Ratownika Wodnego?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
25.	Czy w poprzedniej szkole zdarzyło Ci się długookresowe (powyżej 3 miesięcy) zwolnienie z zajęć z WF? Jeśli tak to z jakiego powodu? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
26.	<i>Pytanie dotyczące kobiet: Czy jesteś w ciąży?</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Miejsce na podanie bardziej szczegółowych informacji w obszarze poruszanych zagadnień:

Data i czytelny podpis kandydata na Kadeta:

Data i czytelny podpis Rodzica / Opiekuna prawnego:

¹ W przypadku opinii i orzeczeń lekarskich należy dostarczyć je do sekretariatu Szkoły na początku roku szkolnego. Dokumenty muszą być aktualne.