WOJSKOWA SZKOŁA ŚREDNIA

im. Zawiszy Czarnego
Liceum Ogólnokształcące / Technikum

ul. Stefana Batorego 9, 59-220 Legnica
Mail: rekrutacja@wsszc.pl
Strona www: www.wsszc.pl

Wypełnia szkoła	
Data złożenia ankiety	

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.

(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?	○	○	
2.	Czy aktualnie się na coś leczysz? Jeśli tak to na co?	○	○	

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

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

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);	○	○	
	r. choroby oczu (jaskra);	○	○	
	s. zmiany nastroju (depresja, nerwica);	○	○	
	t. choroby zakaźne;	○	○	
	u. żółtaczka zakaźna;	○	○	
	v. AIDS;	○	○	
	w. żółtaczka zakaźna B;	○	○	
	x. gruźlica;	○	○	
	y. żółtaczka zakaźna C;	○	○	
	z. choroby weneryczne;	○	○	
	aa. choroba reumatyczna;	○	○	
	ab. osteoporoza.	○	○	
10.	Czy źle słyszysz? Czy jesteś osobą słabosłyszącą? Czy jesteś osobą niesłyszącą?	○	○	
11.	Czy korzystasz na stałe z usług gabinetu laryngologicznego?	○	○	
12.	Czy źle widzisz? Czy jesteś osobą słabowidzącą?	○	○	

LP.	PYTANIE	ODPOWIEDŹ		UWAGI
		TAK	NIE	
13.	Czy korzystasz na stałe z usług gabinetu okulistycznego?	○	○	
14.	Czy posiadasz inne dolegliwości? Jakie?	○	○	
15.	Jaki był Twój ostatni pomiar ciśnienia krwi?	○	○	
16.	Czy byłeś(aś) szczepiony(a) przeciw WZW B?	○	○	
17.	Czy byłeś(aś) kiedyś operowany(a)? Jeśli tak to kiedy i z jakiego powodu?	○	○	
18.	Czy palisz papierosy/tytoń/e-papierosy? Jeśli tak, to ile i od kiedy?	○	○	
19.	Czy pijesz alkohol?	○	○	
20.	Czy zażywasz środki uspakajające, nasenne, narkotyki lub substancje psychotropowe? Jeśli tak to jakie?	○	○	
21.	Czy posiadasz opinie i/lub orzeczenie z PPP (Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej) o dysfunkcjach psychologicznych[1]? Jeśli tak to jakich?	○	○	
22.	Czy posiadasz udokumentowane przeciwwskazania do wysiłku fizycznego? Jeśli tak, to jakie?	○	○	

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

LP.	**PYTANIE**	**ODPOWIEDŹ**		**UWAGI**
		TAK	**NIE**	
23.	Czy umiesz pływać?	○	○	
24.	Czy posiadasz kartę pływacką i/lub legitymację Ratownika Wodnego?	○	○	
25.	Czy w poprzedniej szkole zdarzyło Ci się długookresowe (powyżej 3 miesięcy) zwolnienie z zajęć z WF? Jeśli tak to z jakiego powodu?	○	○	
26.	*Pytanie dotyczące kobiet:* Czy jesteś w ciąży?	○	○	

Miejsce na podanie bardziej szczegółowych informacji w obszarze poruszanych zagadnień:

Data i czytelny podpis kandydata na Kadeta: ……

Data i czytelny podpis Rodzica / Opiekuna prawnego: ……