

АНКЕТА УЧАСТНИКА

Дата начала смены		Дата окончания смены	
Персональная информация об участнике			
Фамилия		Имя	
Отчество			
Дата рождения		№ свид. о рожд. (паспорта)	
Место рождения			
Домашний телефон		Мобильный телефон	
(____) _____		(____) _____	
Почтовый индекс		Адрес страницы Вконтакте	
(____) _____		https://vk.com/ _____	
Почтовый индекс		Домашний адрес (фактический)	
№ школы		Класс	
Бывал ли в палаточных лагерях?		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	
Медицинские данные			
Хронические заболевания		Если ДА, то какие	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Необходимость диеты	
Если ДА, то какая		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	
Аллергические реакции		Если ДА, то какие и какими препаратами снимать	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>			
Есть ли прививка от клещевого энцефалита		Есть ли прививка от столбняка	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Есть ли необходимость в приеме каких-либо лекарств	
Если ДА, то каких		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	
Реакция на укусы насекомых		Укачивает ли в транспорте	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		С какими болезнями лежал в больнице	
Были ли переломы		Были ли операции	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Были ли сотрясения мозга	
Если ДА, то когда и степень		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	
Физическое состояние			
Группа физподготовки			Особенности
Основная <input type="checkbox"/> Подготовительная <input type="checkbox"/> ЛФК <input type="checkbox"/>			
Быстрая утомляемость		Боязнь высоты	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Боязнь темноты	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Боязнь животных	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Умение плавать	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>	
Индивидуальные особенности			
Перечислите наиболее выраженные черты характера, присущие вашему ребенку		Способность к самообслуживанию	
		Какие действия нужно проконтролировать/свой вариант	
		Личная гигиена <input type="checkbox"/> Дисциплина <input type="checkbox"/>	
		Порядок в палатке <input type="checkbox"/>	
Разрешаете ли Вы курить вашему ребенку		Есть ли трудности общения со сверстниками	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Посещает ли какие-нибудь кружки, секции	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>		Если ДА, то какие	
ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>			
Данные о родителях (законных представителях)			
Степень родства		Фамилия	
Имя		Отчество	
Мобильный телефон		Рабочий телефон	
(____) _____		(____) _____	
Email			
Степень родства		Фамилия	
Имя		Отчество	
Мобильный телефон		Рабочий телефон	
(____) _____		(____) _____	
Email			

Из какого источника узнали о профильной смене «CS Camp» в г. Набережные Челны _____

Заказчик _____ / _____ /