

Terveyskysely



Nimi _____ Ikä _____

Osoite _____ puh. _____

Koulu + luokka _____

Huoltaja + yhteystiedot _____

Fyysisen ja psyykkisen terveyden tiedot, jotka ohjaajien on hyvä tietää osallistujan turvallisuuden takia

Erityisruokavalio tai ruoka-aineallergiat? _____

Muut allergiat? _____

Oletko sairastellut (viimeiset 2 viikkoa) tai ollut sairaalahoitossa viimeaikoina (viim. 2kk)? _____

Mahdollinen lääkitys? _____

Liikuntakykyyn liittyvät rajoitteet tai sairaudet? _____

Oppimisvaikeudet tms., mitä ohjaajan tulisi tietää sinusta ohjelmaa suunnitellessa ja toteuttaessa?

Uimataito (uimamerkki tai kuinka monta metriä pystyy uimaan huilaamatta) _____

Pituus _____ Paino _____

**Tiedot kerätään turvallisuuden takia ja käsitellään luottamuksellisesti.
Kiitos vastauksesta!**

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus _____

Huoltajan allekirjoitus _____

