

**ИНФОРМАЦИЯ**  
**о состоянии здоровья ребенка, включая сведения об аллергиях, хронических заболеваниях, особенностях поведения, требующих особого внимания**

1. Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_
2. Пол (нужное подчеркнуть) Муж. / Жен.
3. Дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 г.
4. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания, операции, травмы  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Аллергические заболевания (пищевая, лекарственная, бытовая аллергия / цветение),  
аллергические реакции: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Как они проявляются (покраснение, сыпь, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок и др.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Хронические заболевания и состояние здоровья (сопутствующие диагнозы и физические ограничения): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Постоянный прием лекарств (нужное подчеркнуть): Да / Нет  
Если да, то какие: \_\_\_\_\_
8. Рост: \_\_\_\_\_ см , масса тела: \_\_\_\_\_ кг (нужное подчеркнуть): дефицит массы тела / избыток  
массы тела / низкий рост / высокий рост
9. Группа здоровья \_\_\_\_\_
10. Медицинская группа для занятий физической культурой (нужное подчеркнуть): основная /  
подготовительная / специальная «А» / специальная «Б» / лечебная физкультура
11. Нуждаемость в условиях доступной среды (пандусы, поручни, кресла-коляски, адаптивные  
лифты и др.) \_\_\_\_\_
12. Необходимость сопровождения ребенка законным представителем в период пребывания  
в организации отдыха детей \_\_\_\_\_

Подпись родителя (законного представителя) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата заполнения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2026 г.