

**Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy „0”**  
**Kolejność wypełniania: 1-rodzic/opiekun, 2-pielęgniarka, 3-lekarz**

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIA KLASY „0”**  
**(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)**

Nazwisko i imię ucznia.....data urodzenia.....

**1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU I RODZINIE**

	OJCIEC	MATKA	RODZENSTWO DZIECKA	
Imię			Rok urodzenia	Stan zdrowia
Wykształcenie				
Zawód				
Stan zdrowia				

**Warunki mieszkaniowe\*\*:** dobra, średnie, złe. Liczba izb.....osób.....

**Problemy w rodzinie:** (zdrowotne, bytowe).....

**Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:**.....

**Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje**

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

**Czy dziecko:**

- ma uczulenie (alergie)\*\*: NIE, TAK – na co .....
- objawy uczulenia .....
- słyszy\*\*: DOBRZE, ŹLE; widzi\*\*: DOBRZE, ŹLE; ma zeza\*\*: NIE, TAK.....
- używa\*\*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne.....
- przyjmuje leki\*\*: NIE, TAK – jakie.....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej\*\*: NIE, TAK – jakiej.....
- .....
- uczęszcza na zajęcia korekcyjne,\*\*: NIE, TAK – jakie.....

**Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach\*\*:**

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, zez: stale lub czasem; inne – jakie.....

**Zachowanie dziecka\*\*:** nie budzi niepokoju, nadruchliwość, agresywność, nieśmiałość, płaczliwość, mała zaradność, trudności w samoobsłudze, inne niepokojące objawy.....

**Inne uwagi i życzenia rodziców**.....

data.....

podpis matki lub ojca (opiekuna).....

---

## 2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

**Wysokość ciała** .....cm.....centyl **Masa ciała** .....kg **BMI**.....kg/m<sup>2</sup>.....centyl

**Wzrok:** ostrość wzroku \* : bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Zez\*: niewidoczny, widoczny

Cover test\*: ujemny, dodatni

Odbicie światła na rogówkach\*: symetryczne, niesymetryczne

Inne zaburzenia\*\*.....

**Sluch:** test\*: szeptem, audiometryczny\*: prawidłowy, nieprawidłowy

**Układ ruchu\***: prawidłowy, podejrzenie\*: boczne skrzywienie kręgosłupa, koślawości kolan, stóp płasko – koślawych

**Cisnienie tętnicze krwi\***.....mmHg, poniżej 90 centyla, powyżej 90 centyla\*.

**Inne uwagi**.....

data..... podpis i pieczęć pielęgniarki szkolnej .....

---

## 3. WYNIK BADANIA LEKARSKIEGO

**Rozwój fizyczny\***: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia.....

**Układ ruchu\***: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa\*\* .....  
kolana koślawe, stopy płasko – koślawe, inne odchylenia\*\* .....

**Rozwój psychospołeczny\***: prawidłowy, nieprawidłowy\*\* .....

**Mowa\***: prawidłowa, nieprawidłowa

**Lateralizacja\***: prawostronna, lewostronna, skrzyżowana

**Jama ustna\*\*** .....

**Skóra\*\*** .....

**Jądra w mosznie** (dotyczy chłopców)\*: TAK, NIE\*\* .....

**Pozostałe układy\***: prawidłowe, nieprawidłowe\*\* .....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie.....

ZDROWOTNA DOJRZAŁOŚĆ SZKOLNA\*: pełna, niepełna\*\*.....

KWALIFIKACJA DO ZAJĘĆ WF\*: grupa A A<sub>S</sub> B B<sub>K</sub> C C<sub>L</sub> -  
zalecenia.....

ZALECENIA .....

data..... podpis i pieczęć lekarza.....

---

\* właściwe podkreślić

\*\* wpisać rodzaj odchyień

**Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy III szkoły podstawowej.  
Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-pielęgniarka, 4-lekarz**

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KLASY III  
SZKOŁY PODSTAWOWEJ  
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)**

Nazwisko i imię .....data urodzenia..... klasa.....

**1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU**

**Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:**

Rok życia	Rodzaj	Rok życia	Rodzaj

**Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka** .....

**Zachowania zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie:**.....

**Czy dziecko:**

- ma uczulenie (alergie) \* : NIE, TAK – na co .....
- objawy uczulenia.....
- używa\*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki\*: NIE, TAK – jakie .....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej\*: NIE, TAK – jakiej.....

**Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach\*:**

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel, długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie .....

**Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka\*:** NIE, TAK – podać co.....

**Inne uwagi i życzenia rodziców** .....

data..... podpis matki lub ojca (opiekuna).....

**2. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY**

**Wymowa\*:** prawidłowa, nieprawidłowa – jaka .....

**Sprawność fizyczna\*:** powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej <sup>1)</sup>

**Uzdolnienia** .....

**Zachowanie\*:** nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia – jakie.....

**Wyniki w nauce\*:** bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

**Absencja szkolna\*:** powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

**Trudności szkolne\*:** nie występują, występują – jakie .....

**Relacje z rówieśnikami\*:** prawidłowe, nieprawidłowe – jakie .....

**Inne uwagi**.....

Data..... podpis wychowawcy.....

\* właściwe podkreślić

<sup>1)</sup> wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wf

### 3. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała..... cm .....centyl      Masa ciała..... kg      BMI ..... kg/m<sup>2</sup> .....centyl

Wzrok: Ostrość wzroku: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Widzenie barw\* : prawidłowe, nieprawidłowe

Inne zaburzenia\*\*.....

Układ ruchu\*: prawidłowy, podejrzenie boczego skrzywienia kręgosłupa

Ciśnienie tętnicze krwi\* .....mmHg      poniżej 90 centyla,      powyżej 90 centyla\*

Inne uwagi.....

Data.....      podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki.....

---

### 4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny\*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia\*\*

Dojrzewanie płciowe wg skali Tannera.....

Rozwój psychospołeczny\*: prawidłowy, nieprawidłowy\*\*.....

Układ ruchu\*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa\*\*  
inne odchylenia\*\*.....

Tarczycza\*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości\*\*.....

Jama ustna\*\*.....

Skóra\*\*.....

Pozostałe układy\*: prawidłowe, nieprawidłowe\*\*.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*:    A    A<sub>S</sub>    B    B<sub>K</sub>    C    C<sub>L</sub> - zalecenia

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach\*: TAK, NIE

ZALECENIA .....

data.....      podpis i pieczęć lekarza.....

---

\* właściwe podkreślić

\*\* wpisać rodzaj odchyień

**Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia klasy I gimnazjum/  
klasy I szkoły ponadgimnazjalnej.**  
Kolejność wypełniania: 1-nauczyciel, 2-rodzic/opiekun, 3-pielęgniarka, 4-lekarz

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO UCZNIĄ KLASY I GIMNAZJUM/  
KLASY I SZKOŁY PONADGIMNAZJALNEJ\***  
(informacje tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)

Nazwisko i imię ucznia ..... data urodzenia ..... klasa .....

**1. INFORMACJE RODZICÓW O DZIECKU**

Przebyte przez dziecko choroby, urazy, operacje w ostatnich trzech latach:

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

**Problemy zdrowotne w rodzinie dziecka**.....

**Zachowanie zdrowotne i antyzdrowotne w rodzinie**.....

**Czy dziecko:**

- ma uczulenie (alergie)\*: NIE, TAK – na co .....  
objawy uczulenia .....
- używa\*: okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne
- przyjmuje leki\*: NIE, TAK – jakie .....
- jest pod opieką poradni specjalistycznej\*: NIE, TAK – jakiej.....

**Dolegliwości i objawy, które występowały u dziecka w ostatnich 12 miesiącach\*:**

częste: bóle głowy, brzucha, biegunki, zaparcia, brak apetytu, nadmierny apetyt, dolegliwości przy oddawaniu moczu, moczenie nocne, napady duszności, długotrwały kaszel; częsty długotrwały katar, drgawki, omdlenia, zaburzenia snu, tiki, jękanie, inne – jakie .....

**Czy rodziców niepokoi zachowanie dziecka\*:** NIE, TAK – podać co .....

**Inne uwagi i życzenia rodziców**.....

data..... podpis matki lub ojca (opiekuna).....

**1. INFORMACJE WYCHOWAWCY KLASY**

**Wymowa\*:** prawidłowa, nieprawidłowa – jaka .....

**Sprawność fizyczna\*:** powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej <sup>1)</sup>

**Uzdolnienia** .....

**Zachowanie\*:** nie budzi zastrzeżeń, budzi zastrzeżenia – jakie .....

**Wyniki w nauce\*:** bardzo dobre, dobre, przeciętne, poniżej przeciętnej

**Absencja szkolna\*:** powyżej przeciętnej, przeciętna, poniżej przeciętnej

**Trudności szkolne\*:** nie występują, występują – jakie .....

**Relacje z rówieśnikami\*:** prawidłowe, nieprawidłowe – jakie .....

**Inne uwagi**.....

Data..... podpis wychowawcy.....

\* właściwe podkreślić

<sup>1)</sup> wypełnić na podstawie opinii nauczyciela wf

## 2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała..... cm .....centyl      Masa ciała..... kg      BMI .....kg/m<sup>2</sup>..... centyl

Wzrok: ostrość wzroku\*: bez okularów, w okularach: OP..... OL.....

Inne zaburzenia\*\* .....

Sluch<sup>2\*</sup>: test: szeptem, audiometryczny: wynik prawidłowy, nieprawidłowy

Układ ruchu\*: prawidłowy, podejrzenie\*: boczno skrzywienia kręgosłupa, nadmiernej kifozy piersiowej

Ciśnienie tętnicze krwi\* .....mmHg      poniżej 90 centyla,      powyżej 90 centyla\*

Inne uwagi.....  
.....

data.....      podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki.....

## 4. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny\*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia \*\* .....

Dojrzewanie płciowe według skali Tannera.....  
.....

Wiek menarche: .....lat. ....mies. .... Przebieg miesiączkowania\*\* .....

Tarczycza\*: prawidłowa, wole,, inne nieprawidłowości\*\* .....

Rozwój psychospołeczny\*: prawidłowy, nieprawidłowy\*\* .....

Układ ruchu\*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa\*\* .....  
nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia\*\* .....

Skóra\*\* .....

Jama ustna\*\* .....

Pozostałe układy\*: prawidłowe, nieprawidłowe\*\* .....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie.....  
.....

GRUPA NA ZAJĘCIACH WF\*: A A<sub>S</sub> B B<sub>K</sub> C C<sub>L</sub> - zalecenia.....  
.....

Może uczestniczyć w zawodach sportowych i sprawdzianach\*: TAK, NIE  
OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU\*: NIE, TAK –jakie.....  
.....

ZALECENIA .....

data.....      podpis i pieczęć lekarza.....

<sup>2</sup> dotyczy ucznia I klasy gimnazjum

\* właściwe podkreślić

\*\* wpisać rodzaj odchylenia

**Karta profilaktycznego badania lekarskiego ucznia kończącego szkołę ponadgimnazjalną.  
Kolejność wypełniania: 1-uczeń, 2- pielęgniarka, 3-lekarz**

pieczęć szkoły

**KARTA PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO  
UCZNIĄ KOŃCĄCEGO SZKOŁĘ PONADGIMNAZJALNĄ  
(informacja tylko do użytku ochrony zdrowia, objęte tajemnicą zawodową)**

Nazwisko i imię ucznia..... data urodzenia..... klasa.....

**1. INFORMACJE UCZNIĄ**

**Przebyte choroby i urazy w czasie nauki w szkole**

Rok życia	Rodzaj

Rok życia	Rodzaj

**Czy w ostatnich 6 miesiącach miałeś/aś\* :**

częste: bóle głowy, brzucha, pleców, szyi, zawroty głowy, zaparcia, biegunki, brak apetytu, zdenerwowanie, przygnębienie; dolegliwości przy oddawaniu moczu, napady duszności, długotrwały kaszel, katar, zmiany na skórze, trudności w zasypianiu, lęki

Uczulenie (alergie) – na co? .....

Inne dolegliwości i niepokojące objawy – jakie .....

**Czy w ostatnich 3 miesiącach używałeś/aś leków\*:** NIE, TAK – jakich.....  
z jakiego powodu.....

**Kiedy ostatni raz byłeś/aś badany/a przez lekarza:**.....  
z powodu ..... stomatologa.....

**Czy jesteś pod opieką poradni specjalistycznej\*:** NIE, TAK – jakiej.....  
..... z jakiego powodu.....

**Czy masz trudności w szkole\*:** NIE, TAK – jakie.....

**Czy sądzisz, że Twoje zdrowie jest:** BARDZO DOBRE, DOBRE, RACZEJ ZŁE, ZŁE

**Czy masz jakieś problemy i trudności, o których chciałbyś /chciałybyś/ porozmawiać z:**  
**lekarzem\* NIE, TAK;- psychologiem\* NIE, TAK**

**Dotyczy tylko dziewcząt:** wiek pierwszej miesiączki.....lat.....miesiącey

Co ile dni występuje miesiączka ..... ile dni trwa.....

Czy masz w czasie jej trwania dolegliwości\* : NIE, TAK – jakie.....

**Czy w bieżącym roku szkolnym uczestniczysz w lekcjach WF\*:**

SYSTEMATYCZNIE, NIESYSTEMATYCZNIE, JESTEM ZWOLNIONY/A/

**Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach ruchowych poza szkołą\*:**

NIE, TAK – jakich .....

**Czy uważasz, że twoja sprawność fizyczna jest\*:** BARDZO DOBRA, DOBRA, DOŚĆ DOBRA, ZŁA

**Czy palisz papierosy\* :** NIE, TAK – ile przeciętnie wypalasz:

dziennie.....w tygodniu.....

**Czy po skończeniu obecnej szkoły zamierzasz uczyć się dalej\*:** NIE, TAK

w jakiej szkole /uczelnii: .....

zawód/kierunek studiów:.....

data .....

podpis ucznia.....

\* właściwe podkreślić

## 2. INFORMACJE PIEŁĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNEJ

Wysokość ciała ..... cm.....centyl      Masa ciała..... kg      BMI .....kg/m<sup>2</sup> .....centyl

Wzrok: Ostrość wzroku \* : bez okularów, w okularach: OP.....OL.....

Inne zaburzenia\*\* .....

Ciśnienie tętnicze krwi\*.....mmHg    poniżej 90 centyla,    powyżej 90 centyla\*

Kwalifikacja w szkole ponadgimnazjalnej do grupy WF\*:    A    A<sub>S</sub>    B    B<sub>K</sub>    C    C<sub>I</sub>

Zaburzenia i choroby stwierdzone u ucznia w czasie nauki w szkole ponadgimnazjalnej.....

.....

data.....      podpis i pieczęć pielęgniarki/higienistki .....

## 3. WYNIKI BADANIA LEKARSKIEGO

Rozwój fizyczny\*: prawidłowy, niskorosłość, otyłość, niedobór masy ciała, inne odchylenia \*\* .....

.....

Dojrzewanie płciowe\*\* według skali Tannera.....

.....

Wiek menarche: .....lat .....mies. .... Przebieg miesiączkowania\*\* .....

Tarczycza\*: prawidłowa, wole, inne nieprawidłowości\*\* .....

Rozwój psychospołeczny\*: prawidłowy, nieprawidłowy\*\* .....

.....

Układ ruchu\*: prawidłowy, boczne skrzywienie kręgosłupa, nadmierna kifoza piersiowa, inne odchylenia\*\*.....

.....

Skóra\*\*.....

.....

Jama ustna\*\*.....

.....

Pozostałe układy\*: prawidłowe, nieprawidłowe\*\* .....

.....

PROBLEM ZDROWOTNY – rozpoznanie.....

.....

OGRANICZENIA DOTYCZĄCE WYBORU I NAUKI ZAWODU\*: NIE, TAK –jakie.....

.....

ZALECENIA .....

.....

data.....      podpis i pieczęć lekarza.....

\* właściwe podkreślić

\*\* wpisać rodzaj odchyień