

Warszawa, dn.

ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

w projekcie profilaktyki zdrowotnej w Dzielnicy Bielany m.st. Warszawy „**Badania przesiewowe wzroku dzieci uczęszczających do bielańskich przedszkoli**” realizowanym przez Przedszkole Specjalne Nr 245 dla Dzieci Słabowidzących „Sowy Mądrej Głowy” w Warszawie

.....

Podpis Matki/Prawnego Opiekuna

.....

Podpis Ojca/Prawnego Opiekuna

ANKIETA DLA RODZICÓW

K / M rok ur.

1. Czy w rodzinie występują problemy wzrokowe: (np. krótkowzroczność, nadwzroczność, zez, niedowidzenie, zaćma wrodzona, oczopląs, itp.)

- TAK
 NIE

Jeśli TAK to jakie?

2. Czy dziecko ma lub miało któreś z poniższych schorzeń?

- wcześniactwo
 choroby neurologiczne
 choroby okulistyczne
 problemy ze słuchem
 inne

3. Czy zauważyli Państwo, że oko/oczy dziecka "uciekają" w bok/do środka (zez)?

- TAK
 NIE

4. Czy zauważyli Państwo, że dziecko....

- mruży oczy
 przymyka jedno oko
 podchodzi blisko do telewizora/komputera
 wkłada palce do oczu, przeciera oczy
 skarży się na bóle głowy, pieczenie oczu, dwojenie
 inne (jakie?)