





13. Czy dziecko miało utraty przytomności, drgawki, omdlenia?      TAK    NIE

14. Czy ma uczulenie na ukąszenia owadów (pszczoły, osy, itp.)?      TAK    NIE

Jeśli tak to jakie.....

15. Czy dziecko ma jakieś alergie?      TAK    NIE

Jeśli tak to jakie.....

16. Inne informacje o dziecku/ zalecenia dla personelu

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)