**АНКЕТА УЧАСТНИКА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Персональная информация об участнике** |  | МЕСТОДЛЯФОТОУЧАСТНИКА |
| Дата отъезда | Дата возвращения |  |
|  |  |  |
| Фамилия  | Имя  | Отчество |
|  |  |  |
| Дата рождения | № Свидетельства о рождении (паспорта ) |
|  |  |
| Домашний телефон | Мобильный телефон | e-mail |
| ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Почтовый индекс | Домашний адрес |
|  |  |
| № Школы | Класс | Тип каникул |
|  |  | По четвертям [ ]  | По триместрам [ ]  | Другое [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Выезжал ли ранее в детские лагеря  | Если ДА, то сколько раз и с какого возраста | Есть ли опыт походов | Если ДА, то какого вида |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  | ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  |
| Участие в наших программах | Если НЕТ, то откуда Вы узнали о нас  |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Медицинские данные**  |  |  |
| Хронические заболевания | Если ДА, то какие | Необходимость диеты | Если ДА, то какая |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  | ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  |
| Аллергические реакции | Если ДА, то какие и какими препаратами снимать |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  |
| Есть ли прививка от клещевого энцефалита | Есть ли прививка от столбняка | Есть ли необходимость в приеме каких- либо лекарств  | Если ДА, то каких |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]   | ДА [ ]  | НЕТ [ ]   | ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  |
| Реакции на укусы насекомых | Укачивает ли в транспорте | С какими болезнями лежал в больнице |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]   | ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  |
| Были ли переломы | Были ли операции | Были ли сотрясения мозга | Если ДА, то указать когда и степень |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]   | ДА [ ]  | НЕТ [ ]   | ДА [ ]  | НЕТ [ ]   |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Физическое состояние** |  |  |
| Группа физподготовки  | Особенности |
| Основная [ ]  | Подготовительная [ ]  | ЛФК [ ]  |  |
| Быстрая утомляемость | Боязнь высоты | Боязнь темноты | Боязнь животных | Умение плавать |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]  | ДА [ ]  | НЕТ [ ]  | ДА [ ]  | НЕТ [ ]  | ДА [ ]  | НЕТ [ ]  | ДА [ ]  | НЕТ [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Индивидуальные особенности** |  |  |
| Перечислите наиболее выраженные черты характера, присущие Вашему ребенку  | Способность к самообслуживанию (по 10 бальной шкале) |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Какие действия нужно проконтролировать |
| Личная гигиена [ ]  | Поход в баню [ ]  |
| Сушка и уход за вещами [ ]  | Переодевание [ ]  |
| Разрешаете ли Вы курить Вашему ребенку | Есть ли трудности общения со сверстниками | Посещает ли какие-нибудь кружки, секции | Если ДА, то какие |
| ДА [ ]  | НЕТ [ ]  | ДА [ ]  | НЕТ [ ]  | ДА [ ]  | НЕТ [ ]  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Данные о родителях (законных представителях)**  |  |  |
| Степень родства | Фамилия | Имя  | Отчество |
|  |  |  |  |
| Мобильный телефон | Рабочий телефон | Еmail |
| ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Степень родства | Фамилия | Имя  | Отчество |
|  |  |  |  |
| Мобильный телефон | Рабочий телефон | Еmail |
| ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |