ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ КЛАССА ____ школы № ____ за 2014/2015 уч.год

(заполняется классным руководителем совместно с медицинским работником и психологом)

Город_____ Район _____

Состав класса: ____ учащихся, в том числе __ мальчиков, __ девочек

№ п/п	***Ф.И.О. учащихся***	***Возраст***	***Пол***	***Группа для занятий физической культурой***		
				основная	***подготовительная***	***специальная медицинская***

Функциональны возможности учащихся ____класса

№ п/п	*ФИ. учащихся*	*30 м.*		*60 м.*		*100м*		*Прыжок в длину*		*Тест на гибкость*		*Подтягивания (м), сгибание, разгибание рук в упоре лежа (д)*	
		Н.	*К.*	*Н.*	*К.*	*Н.*	*К.*	*Н.*	*К.*	*Н.*	*К.*	*Н.*	*К.*

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕГОСЯ ___ класса _____ школы №_____

(заполняется родителями учащегося)

Состояние здоровья

Имеющиеся хронические заболевания	**Отметить**
Врожденные пороки, родовые травмы	
Заболевания сердечно-сосудистой системы	
Заболевания органов дыхания	
Заболевания желудочно-кишечного тракта	
Заболевания внутренних органов (печень, почки, иное)	
Заболевания эндокринной системы (желез внутренней секреции)	
Заболевания нервной системы	
Аллергические и кожные заболевания	
Нарушение осанки, опорно-двигательного аппарата	
Лор-заболевания (ухо, горло, нос)	
Нарушения зрения, слуха	
Кариес	
Травмы (переломы, ожоги, черепно-мозговые травмы)	
Перенесенные оперативные вмешательства	
Иное	