# КАРТА КЛИЕНТА

АНКЕТА/ЗАПРОС УЧАСТНИКА **ГОРОДСКОГО ЛАГЕРЯ 2020**

**Название недели лагеря**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО ребенка** |  |
| Возраст и Дата рождения | Дата рождения: « | » | 20 | г. | Полных лет |
| Школа/сад, класс |  |
| Мобильный телефон ребенка |  |
| **ФИО мама** |  |
| Дата рождения |  |
| Образование |  |
| Место работы/должность |  |
| Мобильный телефон |  |
| E-mail |  |
| **ФИО папа** |  |
| Дата рождения |  |
| Место работы/должность |  |
| Мобильный телефон |  |
| E-mail |  |
| **Адрес проживания** |  |

# ОСНОВНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ЦЕЛЬ УЧАСТИЕ В ДАННОЙ ПРОГРАММЕ

* отдых и учеба  развитие лидерских навыков
* оздоровление  получение позитивных эмоций
* активный отдых, игры  развитие коммуникативных навыков
* развитие творческих способностей  получение опыта самостоятельности
* получение новых знаний  другое

ИМЕЕТ ЛИ РЕБЕНОК ОПЫТ ДЕТСКИХ ГОРОДСКИХ ЛАГЕРЕЙ

* + нет  да

НЕОБХОДИМОСТЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ДЛЯ РОДИТЕЛЯ ПО ЗАВЕРШЕНИИ ЛАГЕРЯ

* + нужна  не нужна  другое КАК АДАПТИРУЕТСЯ К НОВЫМ СИТУАЦИЯМ

КАК ВЕДЕТ СЕБЯ В КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ

МОЖЕТ ЛИ ОБРАТИТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ К ВЗРОСЛОМУ

# ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА:

СОСТОИТ ЛИ ВАШ РЕБЕНОК НА УЧЕТЕ У НЕВРОЛОГА/ НЕВРОПАТОЛОГА/ ПСИХИАТРА.

ЕСЛИ ДА, ТО У КОГО И КАКОЙ ДИАГНОЗ ПОСТАВЛЕН

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (В ТОМ ЧИСЛЕ СОСТОИТЕ ЛИ НА УЧЕТЕ У ВРАЧА, КАКОГО, ЕСЛИ ДА)

ПРИНИМАЕТ ЛИ РЕБЁНОК КАКИЕ-ТО ЛЕКАРСТВА (ИНГАЛЯТОРЫ, ТАБЛЕТКИ, ВИТАМИНЫ), КОТОРЫЕ ВЫ ДАДИТЕ ЕМУ С СОБОЙ?

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ (ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ, НА ЛЕКАРСТВА, ДРУГИЕ ВАРИАНТЫ, А ТАКЖЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КОЖИ К РАЗДРАЖЕНИЮ)

РАЗНОЕ (НАЛИЧИЕ ТРАВМ, ОПЕРАЦИЙ, СКЛОННОСТИ К ЗАПОРАМ, ОСОБЕННОСТИ ЖКТ, БОЛЬ В УШАХ И Т.Д.)

ПРОДУКТЫ НЕ РЕКОМЕНДОВАННЫЕ К УПОТРЕБЛЕНИЮ

СООБЩИТЕ ТО, ЧТО ВЫ СЧИТАЕТЕ НУЖНЫМ ЗНАТЬ ПСИХОЛОГУ

Дата Подпись