**JELENTKEZÉSI ADATLAP**

1. **Személyes adatok**

|  |  |
| --- | --- |
| **Név:**  |  |
| **Születési hely, idő:** |  |
| **Anyja neve:** |  |
| **Lakcíme:**  |  |
| **TAJ száma:** |  |
| **Kapcsolattartó neve, elérhetősége (telefonszám, e-mail cím, lakcím):** |

1. **Gondnokság**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1. Gondnokság alatt áll?** | **Igen**  | **Nem** |
| **2.2 Ha igen, gondnok neve, elérhetősége** |

1. **Önállóság (válaszához tegyen X-et)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Segítséggel oldja meg** | **Ellenőrzést igényel** | **Teljesen****önálló** | **Megjegyzések** |
| **Öltözködés** |  |  |  |  |
| **Zuhanyzás** |  |  |  |  |
| **Fogmosás** |  |  |  |  |
| **Fürdőszoba****tisztán tartása** |  |  |  |  |
| **Menstruáció** |  |  |  |  |

1. **Gyógyszerek és egészség**

**Milyen gyógyszereket szed? (Étrend kiegészítők, vitaminok, gyógynövények és természetes alapú gyógyszerek is ideszámítanak)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gyógyszer neve** | **Milyen probléma miatt szedi?** | **Adagolás** | **Megjegyzés** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**4.2. Van olyan betegség / műtét, amely hatással van a mindennapokra?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |

|  |
| --- |
| Amennyiben igennel válaszolt, kérem, írja le annak részleteit: |

**4.3. Van olyan állapot, krízis, amelyre számítani lehet és amelyre ügyelni kell? (pl. indulatkezelés, személyiség problémák, kirívó viselkedés, stb.)**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Igen**  | **Nem** |

|  |
| --- |
| Amennyiben igennel válaszolt, kérem, írja le annak részleteit: |

**4.4 Szed gyógyszert az alábbi tünetek esetén?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nem** | **Igen** |  **Igen válasz esetén:** **Milyen gyógyszert szed?** |  **Igen válasz esetén:****Mennyi gyógyszert szed?** |
| **Láz** |  |  |  |  |
| **Megfázás** |  |  |  |  |
| **Fejfájás** |  |  |  |  |
| **Menstruáció** |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Utolsó tetanusz oltás időpontja** |  |

**4.5 Lehet bármilyen rohama?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |
| **Mi válthatja ki?** |  |
| **Hogyan kell kezelni?** |  |

1. **Allergiás az alábbiak közül valamelyikre?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Igen** | **Nem** | **Igen válasz esetén:****mire allergiás pontosan?** | **Igen válasz esetén:****Milyen gyógyszert szed ellene?** |
| **Gyógyszer** |  |  |  |  |
| **Ètel** |  |  |  |  |
| **Ital** |  |  |  |  |
| **Növény** |  |  |  |  |
| **Àllat** |  |  |  |  |
| **Por, szőr** |  |  |  |  |

1. **Étkezés**

* 1. **Van olyan étel, amit visszautasít, de ennie kell?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |
| Amennyiben igennel válaszolt, kérem, írja le annak részleteit: |

**6.2 Ehet, amennyit kíván, vagy vigyázni kell az étel mennyiségére? (kenyér, édesség, stb.)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |
| Amennyiben ügyelni kell valamilyen ételre, kérem, írja le annak részleteit: |

**6.3. Fogyaszthat üdítőt és kávét?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |
| Amennyiben nemmel válaszolt, kérem, írja le, mit nem fogyaszthat: |

1. **Alvás**

**7.1 Jól alszik?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |

**7.2 Van bármilyen alvászavara (ébredések, alvajárás, rémálmok)?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |
| Amennyiben igennel válaszolt, kérem, írja le annak részleteit: |

**7.3 Mit kell tenni alvászavar esetén?**

|  |
| --- |
|  |

**7.4 Szokott délután aludni?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |

**7.5 Kell délután aludnia, pihennie?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |

###  Utazás

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Utazhat a programszervezők által vezetett autóban?** | **Igen**  | **Nem** |
| **Rosszul lehet buszon, vagy autóban?** | **Igen**  | **Nem** |
| **Szed erre valamilyen gyógyszert?**(Amennyiben igen: mi a gyógyszer neve (hatóanyag tartalma és hogyan kell számára alkalmazni?) | **Igen**  | **Nem** | **Gyógyszer alkalmazása:** |

1. **Állatok**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lovagolhat lovasoktató segítségével, vezetett lovon?** | **Igen**  | **Nem** |
| **Részt vehet az állatok ellátásában?** | **Igen**  | **Nem** |

1. **Publikáció**

**10.1 Hozzájárul, hogy Önről (gondnokoltról) a tábor ideje alatt felvételek (fénykép, videó) készüljenek?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |

**10.2 Megjelenhetnek-e olyan fotók, videofilmek a honlapon, Facebookon stb, amelyen Ön (gondnokolt) szerepel?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Igen**  | **Nem** |

1. **Egyéb megjegyzés**

**(Kérjük, ide írjon le minden olyan információt, amelyet Ön fontosnak tart!)**

|  |
| --- |
|  |

Kelt: ......................................................................

Aláírás:...................................................... ....................................................................

Gondnok Gondnokolt