



Пласт
Організація Української Молоді в Канаді
Крайова Пластова Старшина

ВИШКІЛ ЮНАЦЬКИХ ВИХОВНИКІВ

МЕДИЧНА ФОРМА

Ім'я і прізвище (по-українськи): _____

Name (in English): _____

Число(а) і назва(и) медичного забезпечення: _____

Алергії: * Загальні: _____

* До харчів: _____

* До ліків: _____

Медичні проблеми (Якщо потрібно дальших інструкцій, прошу долучити окрему сторінку)

Які ліки учасник/учасниця заживає? _____

Чи учасник/учасниця носить: Окуляри? так _____ ні _____

Контактні лінзи? так _____ ні _____

До кого можна звернутися у випадку наглої потреби?:

1. Ім'я і прізвище: _____

ч. телефону _____ Відношення до учасника _____

2. Ім'я і прізвище: _____

ч. телефону _____ Відношення до учасника _____

Підпис: _____

Дата: _____