



SEEDRIORU LASTE SUVEKODU

Isiklik terviseankeet / Personal Health Form

**Palun täitke üks terviseankeet iga lapse eest /
Please fill in one health form per child**

Seda informatsiooni kasutatakse diskreetselt kasvataja, laagrijuhataja või esmaabi personali poolt, et kindlustada osaleja heaolu laagris. Kogu informatsioon on **konfidentsiaalne**. The information on this form will be used at the discretion of the Counsellor, Director or medical personnel to ensure care and attention is given to the health of the participant. All information on this form is considered **Personal and Confidential**. (Täita ja tagastada registreerimisel / To be completed, signed & handed in at registration.)

Lapse Nimi / Childs Name

Sünniaeg. / Date of Birth

Perekonna / Surname

Lapse Eesnimi / Childs Given Name

aasta Year / kuu Month / päev Day

Address / Address

Nr. / No.

Tänav / Street

Korter / Apt.

Pikkus / Height _____

Kaal / Weight _____

Sugu/ sex: M / M _____ N / F _____

Linn / City

Provints / Province

Postiindeks / Postal Code

Lapsevanem või hooldaja /

Parent or Guardian

Telefon kodus /Home Phone ()

Perekonna / Surname

Eesnimi / Given Name

Tööl / Business ()

Address (kui erineb ülaltoodust) / Address (if different from above)

Mobiil /Cell phone ()

Nr. / No

Tänav / Street

Korter / Apt.

Linn / City

Provints / Province

Postiindeks / Postal Code

Kontaktisik hädaolukorras, kui lapsevanemat ei saa kätte: /

If the above are unavailable in an emergency please notify:

telefon kodus / Home Phone ()

Perekonna / Surname

Eesnimi / Given Name

Tööl / Business ()

Nr. / No.

Tänav / Street

Korter / Apt.

Linn / city

Provints / Province

Postiindeks /Postal Code

telefon kodus / Home Phone ()

Perekonna / Surname

Eesnimi / Given Name

Tööl / Business ()

Nr. / No.

Tänav / Street

Korter / Apt.

Linn / city

Provints / Province

Postiindeks /Postal Code

Haigekassa nimi / Tervise kindlustus/

Haigekassa kaardi nr/

Health Insurance carrier

Policy no. (OHIP#)

Perearst / Family Doctor:

Telefon / Phone ()

Tegevuskavas võib olla ujumine, matkamine, paadisõit, sport, jne. Kas osavõtjal on mingeid füüsilisi või vaimseid häireid /haiguseid, mis võiksid takistada tema täielikku osavõttu tegevusest? **JAH/ yes** **EI/ no** Kui JAH, siis palun seletage:
The program may include swimming, hiking, boating, sports, etc. Does the applicant suffer from any physical or emotional disorder that would prevent him/her from participating fully in this program? If so, please state full particulars: _____

Erilised juhised tervisehoiu ja/ või dieedi kohta (diabeet, taimetoitlane) / Special instructions regarding health care and/or diet (diabetes, epilepsy, vegetarian): Teatame vanematele kui lapsel on palavik >38.5C. Palun pange kirja, kui sooviksite, et teatame palavikust <38.5C või teiste olukordade kohta. / All parents will be notified if child has a fever >38.5C. Please note if you would like to be notified for fever <38.5C or for any other condition. _____

Allergia ravimitele, toitudele, putukate hammustustele jne. (**Anaphylactic Allergy**): (kirjeldada reaktsiooni ja ravi)
Allergies to drugs, food, insect stings, etc. (**Anaphylactic Allergy**): (describe type of reaction and treatment) _____

Ujumis oskus / Swiming ability: _____

Palun üle keerata/Please turn



Osavõtja nimi: /Participants name: _____

Kas osavõtjal on järgmisi probleeme? Is the camper currently subject to any of the following?

- | | | | |
|--|--|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Artriit / Arthritis | <input type="checkbox"/> Krambid / Convulsions | <input type="checkbox"/> Mereaigus / Motion sickness | Muu / Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Hingamishäired / Respiratory ailments, Asthma | <input type="checkbox"/> Probleeme kõrvadega / Ear Trouble | <input type="checkbox"/> Hirmuunenäod / Nightmares | |
| <input type="checkbox"/> Voodi märgamine / Bed Wetting | <input type="checkbox"/> Peavalud / Headaches, Migraines | <input type="checkbox"/> Unes jalutamine / Sleepwalking | |
| <input type="checkbox"/> Kurguhäired / Tonsillitis | <input type="checkbox"/> Minestamine / Fainting | <input type="checkbox"/> Kõhuvalud / Abdominal pain | |
| <input type="checkbox"/> Suve kõha / Summer cough | <input type="checkbox"/> Heinapalavik / Hayfever | <input type="checkbox"/> Ekseem / Eczema | |

Palun kirjutage, mida teete ja millist ravi kasutate haigushoo ajal.: Please give details of usual treatment, should indicated condition occur: _____

Palun kirja panna KÕIK ravimid/arsti rohud, mis osavõtja endaga kaasa võtab. Kõik ravimid antakse esma-abile. Kõikidel ravimitel peab olema juures kasutamisujuhend, silt omaniku nime ning ravimi nimetusega. / Please list any medication, which the camper is bringing with him/her. These must be clearly labelled with name and instructions and given to the camp first aider on arrival at the camp.

Viimane teetanuse vaktsineerimine /

Date of last tetanus shot: _____

Kas prillid on vajalikud? /

Are corrective lenses required? _____

Kontaktläätsed? /

Contact lenses? _____

Kas laps on saanud süstid / Has your child had full immunizations for: (check if "yes")

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Poliomyeliit | <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Pertussis | <input type="checkbox"/> Red measles | <input type="checkbox"/> Rubella | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> German measles | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Whooping cough | <input type="checkbox"/> Chicken pox | <input type="checkbox"/> Scarlet fever | <input type="checkbox"/> Red measles |
| | | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diphtheria | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | |

Kroonilised häired või hiljutised haigestumised, millest juhtkond peaks teadlikud olema: / Chronic Conditions or recent illnesses of which the staff should be aware: _____

Palun kirjeldada ravi või vajalikke ravimeid eelneva haiguse või häire jaoks: / Please specify details of medication (over the counter and/or prescribed or treatment required for the above. _____

Additional medical or behavioral information we should be aware of:

N:B: Osavõtjate eest hoolitsetakse nii hästi kui võimalik. Every care and attention will be given to the health and comfort of the participants.

Luban oma tütar/ poega _____ osa võtta Seedrioru Lastesuvekodu tegevusest. Olen teadlik, et kuigi laagri tegevus toimub kasvatajate pideva järelevalve all, ei ole laagri juhtkond ega Seedrioru juhatus vastutav laagris viibimise ajal minu lapsele õnnetuste tagajärjel tekkivate võimalike vigastuste ega kahjude eest.

Minu teada on nimetatud isik heas tervises, vaba nakkushaigustest ja on füüsiliselt võimeline osalema täielikult suvekodu tegevuses väljaarvatud eelnevalt kirjeldatud puudused. Kui minu laps puutub kokku nakkushaigusega vahetult enne laagrisse tulekut, kohustun teatama sellest laagri juhtkonnale.

Käesolevaga luban vastutaval isikul vajadusel paluda vajalikku arstiabi ja/ või toimetada haiglasse minu last või minu hoolealust. Olen nõus maksma kulud, mis ei ole kaetud haigekassa või tervisekindlustuse poolt.

I hereby allow my child _____ to take part in Seedrioru Children's summer camp activities. I am aware that the camp activities will take place under the supervision of counsellors, however I agree that camp staff and The Estonian Summer Camp Society Inc. shall be freed from all actions, claims and demands of whatsoever kind or nature arising out of any accident which may occur or any injury which may be sustained by him/her while participating in camp activities.

To the best of my knowledge, the aforementioned individual is in good health, free from communicable diseases and is fit to participate in camp activities, except as previously indicated. If my child becomes exposed to an infectious disease just prior to coming to camp, I will notify the staff.

I hereby authorise the Camp director to secure such medical advice and services as may be deemed necessary for the health and safety of my child (or ward). I agree to accept financial responsibility in excess of the benefits allowed by Ontario Health Insurance and / or Travel health insurance plans:

Kuupäev / Date: _____

Vanema või hooldaja allkiri / Signature of Parent/legal guardian.