



# 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.)

<b>Lapse Nimi / Childs Name</b>		Sünniaeg. / Date of Birth	
Perekonna / Surname		Lapse Eesnimi / Childs Given Name	
Address / Address		Pikkus / Height _____ Sugu/ sex: M / M _____ N / F _____	
Nr. / No.		Tänav / Street	
Linn / City		Postiindeks / Postal	
Provints / Province		Parent or Guardian	
Lapsevanem või hooldaja /		Telefon kodus /Home Phone ( )	
Perekonna / Surname		Eesnimi / Given Name	
Address (kui erineb ülaltoodust) /		Töö / Business ( )	
Address ( if different from above )		Mobiil /Cell phone ( )	
Nr. / No		Korter / Apt.	
Linn / City		Postiindeks / Postal Code	
Provints / Province		If the above are unavailable in an emergency please notify:	
Kontaktisik hädaolukorras, kui lapsevanemat ei saa kätte: /		telefon kodus / Home Phone ( )	
Perekonna / Surname		Töö / Business ( )	
Eesnimi / Given Name		( )	
Nr. / No.		Linn / city	
Tänav / Street		Provints / Province	
Korter / Apt.		Postiindeks /Postal Code	
Perekonna / Surname		telefon kodus / Home Phone ( )	
Eesnimi / Given Name		Töö / Business ( )	
Nr. / No.		Linn / city	
Tänav / Street		Provints / Province	
Korter / Apt.		Postiindeks /Postal Code	
Haigekassa nimi / Tervise kindlustus/ Health Insurance carrier		Haigekassa kaardi nr/ 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, 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.: (kirjeldada reaktsiooni ja ravi)  
Allergies to drugs, food, insect stings, etc.: (describe type of reaction and treatment) \_\_\_\_\_

Kas laps võib vette minna / May this child go in the water? \_\_\_\_\_

Palun üle keerata/Please turn over



**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"/> Merehaigus / Motion sickness   | Muu / Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Hingamishäired / Respiratory ailments | <input type="checkbox"/> Probleeme kõrvadega / Ear Trouble | <input type="checkbox"/> Hirmuunenäod / Nightmares      |                   |
| <input type="checkbox"/> Voodi märgamine / Bed Wetting         | <input type="checkbox"/> Peavalud / Headaches              | <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 / Hay fever          | <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. Koik ravimid antakse juhatajale. Koikidel ravimitel peab olema juures kasutamishoend, 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 director on arrival at the camp. \_\_\_\_\_

Viimane teetanuse vaktsineerimine / Date of last tetanus shot: \_\_\_\_\_ Kas prillid on vajalikud? / Are corrective lenses required? \_\_\_\_\_ Kontaktläätsed? / Contact lenses? \_\_\_\_\_  
 Viimane: / Date of last booster: polio vaccine: \_\_\_\_\_ diphtheria: \_\_\_\_\_ pertussis: \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

**Muu: Other comments:** \_\_\_\_\_

**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 tüdruku/ poega \_\_\_\_\_ osa võtta Seedrioru Lastesuvekodu tegevusest. Olen teadlik, et kuigi laagri tegevus toimub kasvatajate pideva järelvalve 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 kui osavõtja on alalealine. Signature of Parent/legal guardian, if applicant is underage.