

MEDICAL CERTIFICATE

Świadectwo zdrowia

Family name <i>Nazwisko</i>	First name <i>Imię</i>
--------------------------------	---------------------------

Address
Adres

Date of birth <i>Data urodzenia</i> ____ / ____ / ____	Height (cm) <i>Wzrost</i>	Weight (kg) <i>Waga</i>	Sex <i>Płeć</i> <input type="checkbox"/> F K <input type="checkbox"/> M M
--	------------------------------	----------------------------	---

Does the applicant now have or has the applicant ever had any of the following:
Czy kandydat choruje lub kiedykolwiek chorował na:

	YES TAK	NO NIE		YES TAK	NO NIE		YES TAK	NO NIE
tuberculosis <i>gruźlicę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	measles <i>odrę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anorexia <i>anoreksję</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asthma <i>astmę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rubella <i>różyczkę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bulimia <i>bulimię</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes <i>cukrzycę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mumps <i>świnkę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anemia <i>anemię</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
heart disease <i>choroby serca</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chicken pox <i>ospę wietrzną</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	depression <i>depresję</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arthritis <i>artretyzm</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	malaria <i>malarię</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hernia <i>przepuklinę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seizure disorder <i>epilepsję</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	migraines <i>migreny</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hepatitis <i>zapalenie wątroby</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scarlatina <i>szkarlatynę</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dizziness/fainting <i>zawroty głowy omdlenia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergies <i>alergie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Other: <i>inne:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you answered YES to any of the above, please give details:
Jeśli odpowiedź jest twierdząca proszę podać szczegóły:

Vision <i>Wzrok</i> Right eye: _____ <i>Oko prawe</i>	Hearing <i>Słuch</i> Right ear: _____ <i>Ucho prawe</i>
Left eye: _____ <i>Oko lewe</i>	Left ear: _____ <i>Ucho lewe</i>

For office use only:

ENGMED 021

Applicant's name:

Imię i nazwisko kandydata:

	YES TAK	NO NIE
Has the applicant ever been on tranquilizer? Czy kandydat kiedykolwiek używał środków uspokajających?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Has the applicant ever tried or used drugs? Czy kandydat kiedykolwiek próbował lub używał narkotyków?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

If the answer is YES, please give details:

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegóły:

	YES TAK	NO NIE
Is the applicant presently taking any medications or injections? Czy kandydat bierze obecnie jakieś lekarstwa lub zastrzyki?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If the answer is YES, please give details:

Jeżeli odpowiedź jest twierdząca, proszę podać szczegóły:

The general state of the applicant's health is: Ogólny stan zdrowia kandydata jest:	excellent doskonały	good dobry	fair średni	poor słaby
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	YES TAK	NO NIE
Has the applicant been found fit to perform Au Pair's duties? Czy kandydat jest zdolny do wykonywania obowiązków Au Pair?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Doctor's name:

Imię i nazwisko lekarza:

Date
Data

Doctor's stamp and signature
Pieczętka i podpis lekarza

For office use only:

ENGMED 021