**BILL OF HEALTH**

**Of the Perm State Ballet School**

**Surname, name, age, country \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Test** | **Results** **English Russian** | **Doctor’s Remarks** **English Russian** |
| **1.** | **HIV****(СПИД) for 16** |  |  |  |  |
| **2.** | **Hepatitis B****(Гепатит В)** |  |  |  |  |
| **3.** | **Hepatitis C****(Гепатит С)** |  |  |  |  |
| **4.** | **RW test results (syphilis) – for 16 y.o. or older****(результаты на RW с 16 лет)** |  |  |  |  |
| **5.** | **Test for tuberculosis – Mantoux test or X-ray****(тест, подтверждающий отсутствие туберкулеза – реакция манту или рентген)** |  |  |  |  |
| **6.** | **Use of contact lenses****(использование контактных линз)** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** | **Clinical test of blood****(клинический анализ крови)** |  |  |  |  |
| **8.** | **Clinical test of urine****(общий анализ мочи)** |  |  |  |  |
| **9.** | **Acceptability of drugs and food (allergies)****(наличие аллергических реакций на пищу и медикаменты)** |  |  |  |  |
| **10.** | **Infectious illnesses suffered to date****(перенесенные инфекционные заболевания)** |  |  |  |  |
| **11.** | **Feces tests for helminth eggs; enterobiasis scraping tests****(анализ кала на яйца-глист и соскоб на энтеробиоз)** |  |  |  |  |
| **12.** | **Cardiac stress test results (attachment of interpretation results is mandatory) (ЭКГ с нагрузкой (расшифровка обязательна)** |  |  |  |  |

**15. Doctor’s conclusion**

**Doctor’s opinion in respect of status of the Patient’s health, as well as illnesses and diseases suffered to date, history of surgeries and injuries, presence of chronical diseases, mental health, preventive vaccinations, food / drug allergies, and permission to undergo strenuous exercise (mandatory).**

Заключение врача о состоянии здоровья, о перенесенных заболеваниях, операциях и травмах, наличии хронических заболеваний, о психическом здоровье, о сделанных прививках, наличие аллергических реакций на пищу и медикаменты, о допуске к интенсивным физическим нагрузкам (заполняется обязательно).

**Bill of Health must be translated into Russian by a duly licensed professional translator.**

**Accountability for credibility of  information contained there in rests with the parents (lawful representatives) of the Student.**

 Медицинская форма должна быть переведена на русский язык лицензированным переводчиком. Ответственность за достоверность предоставляемых данных возлагается на родителей (законных представителей) студента.