

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea .....  
(denumire, adresă, telefon) .....

### Adeverință medicală pentru intrare în colectivitate

Numele și prenumele: ..... Sexul: ..... Vârsta: .....

Adresa (strada, nr, oraș, județ/sector): .....

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa): .....

Numele și prenumele părintelui / reprezentantului legal solicitant .....

Telefon de contact ale părintelui / reprezentantului legal .....

*Antecedente patologice* NU  DA :

- astm
- sindrom de hiperactivitate
- otită medie cronică  / recurentă
- maladii congenitale de cord
- probleme de învățare  / dezvoltare
- diabet zaharat
- leziuni osteoarticulare
- convulsii
- tulburări de vorbire , auz , vedere
- tuberculoza
- altele : .....

#### *Alergii*

NU  DA :

- medicamentoase: .....
- alimentare: .....
- altele: .....

#### *Medicație pentru afecțiuni cronice*

NU  DA : (listați)

.....  
.....  
.....

#### *Vaccinări (vezi viz epidemiologic)*

Dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea,  
atașați documente medicale relevante

*Examen fizic*

Înălțime ..... cm ; Greutate ..... kg ; Indice de masă corporală ..... kg/m<sup>2</sup>

Presiunea arterială (pentru copii peste 3 ani) .....

*Examen fizic general (normal  / anormal )*

ORL .....

Dentiție normală DA  NU  : .....

Extremitate cefalică – regiune cervicală: .....

Gânglioni limfatici normali DA  NU  : .....

Pulmonar normal DA  NU  : .....

Cardiovascular normal DA  NU  : .....

Abdominal normal DA  NU  : .....

Genitourinar normal DA  NU  : .....

Extremități normale DA  NU  : .....

Tegumente normale DA  NU  : .....

Dezvoltare psihologică normală DA  NU  : .....

Limbaj normal DA  NU  : .....

Comportament normal DA  NU  : .....

*Dezvoltare (copii preșcolari)*

În limite normale DA  NU  : .....

Daca ati bifat NU precizati tipul de afectare:

- cognitiva .....
- comunicare/limbaj .....
- emoțională/socială .....
- adaptare .....
- motricitate .....

*Auz*

- Audiometrie (după caz)

normal

anormal : .....

.....

.....

.....

*Recomandări*

Activitate fizică normală DA  NU  restricții (dupa caz):.....

Alimentație diversificată DA  NU  restricții: .....

*Reevaluarea este necesară:*

- NU  DA  pentru ..... data programată \_\_/\_\_/\_\_

*Evaluări suplimentare* NU  DA  care .....

*Necesitatea unui sistem special de educație*  Altele .....

*Rezultatul evaluării*

Copil Apt  / Inapt  pentru intrare în colectivitate

Observații .....

.....

.....

Data examinării

.....

*Vizual*

- Acuitate vizuală

normală DA

NU : .....

Ochi stâng: .....

Ochi drept: .....

- Corecție cu lentile NU  DA

- Strabism NU  DA

Semnătura medicului, grad profesional, parafa

.....

Unitatea sanitară .....

(denumire, adresă, telefon, fax) .....

### Fișa de vaccinări

Numele și prenumele: .....

Sexul: ..... Vârsta: .....

Adresa (strada, nr, oraș, județ/sector) .....

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa...): .....

Numele și prenumele părintelui: .....

Telefoane de contact ale părintelui: .....

#### Vaccinări

- numărul carnetului de vaccinări al copilului .....

\* a) vaccinări conform Programului Național de Vaccinare

*hepatita B	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
BCG	___/___/___			
*DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
*Hib	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
*Polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
ROR	___/___/___	___/___/___	___/___/___	

\* se mentioneaza toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente)

b) vaccinări opționale

gripal	___/___/___			
pneumococic	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
rotavirus	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
varicela	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
HPV	___/___/___	___/___/___	___/___/___	
Hepatita A	___/___/___	___/___/___		
Altele specificați	_____	___/___/___	___/___/___	___/___/___

Data

.....

Eliberat de .....

(nume, prenume, parafă, semnatura)