

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea
(denumirea, adresa, telefonul)

Anexa 2

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE

Numele și prenumele: Sexul: Vârsta: ani

Adresa (strada nr. , orașul, județul/sectorul):

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

Numele și prenumele părintelui/tutorei legal instituit

Telefonul de contact al părintelui/tutorei legal instituit

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
- tuberculoză
- altele :

Alergii NU DA

- medicamentoase:
- alimentare:
- altele:

Medicație pentru afecțiuni cronice NU DA (listați)

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

Vaccinări- vezi aviz epidemiologic

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

Examen fizic

Înălțime cm; Greutate kg; Indice de masă corporală kg/m²

Presiunea arterială (pentru copii peste 3 ani) mmHg

Examen fizic general (normal /anormal

ORL

Dentiție normală DA NU :

Extremitate cefalică - regiune cervicală:

Ganglioni 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 :

Dacă ați bifat NU, precizați tipul de afectare:

- cognitivă
- comunicare/limbaj
- emoțională/socială
- adaptare
- motricitate

Auz

- Audiometrie (după caz)
normal
anormal :

.....

.....

.....

Vizual

- Acuitate vizuală
normală DA
NU :

Ochi stâng:

Ochi drept:

- Corecție cu lentile NU DA

- Strabism NU DA

Recomandări

Activitate fizică normală DA NU restricții (după 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 intrarea în colectivitate

Observații

.....

Data examinării
.....

Semnătura medicului, gradul profesional și parafa
.....

Unitatea sanitară
 (denumirea, adresa, telefonul, fax)

FIȘA DE VACCINĂRI¹⁾

¹⁾Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor și elevilor în unitatea de învățământ.

Numele și prenumele:

Sexul: Vârsta: ani

Adresa:

(strada nr. , orașul, județul/sectorul)

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

Numele și prenumele părintelui:

Telefoanele 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 menționează 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

Eliberată de
 (numele, prenumele, parafa și semnătura)