

Unitatea sanitară
(denumire, adresă, telefon)
.....

Nr. Fișă / Nr. de înregistrare
Data eliberării fișei:
Data examinării:

Adeverință medicală pentru înscrierea în colectivitate

Numele și prenumele, sexul, vârsta:
Adresa: Strada, nr., localitatea, județul / sectorul
Instituția la care se înscrie:
Numele și prenumele părintelui/ tutorelui: Tel. de contact:

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

*(dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea, atașați documente medicale relevante)

Alergii: NU DA

- medicamentoase:
- alimentare:
- altele:

Medicație pentru afecțiuni cronice

NU DA (listați)

Vaccinări (vezi aviz epidemiologic-fișă de vaccinări)

Examen fizic

Înălțime cm; greutate kg; IMCkg/m²

TA (pentru copii > 3 ani)

Examen fizic general (normal / anormal

ORL

Dentiție normal DA NU :

Extremitate cefalică - regiune cervicală:

Ganglioni limfatici normali DA NU :

Recomandări

Activitate fizică normală DA NU restricții (după caz):

Alimentație diversificată DA NU restricții:

Reevaluarea este necesară: NU DA pentru

..... data programată ___/___/___

Pulmonar normal DA NU ;

Cardiovascular normal DA NU ;

Abdominal normal DA NU ;

Genito-urinar 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 Vedere

Audiometrie (după caz) Acuitate vizuală

normal normală DA NU

anormal Ochi stâng:

Ochi drept:

Corecție cu lentile NU DA

Strabism NU DA

Evaluări suplimentare NU DA care:

Necesitatea unui sistem special de educație

Altele

Rezultatul evaluării

Copil apt inapt pentru intrarea în colectivitate

Observații

Nume medic, semnătură, parafă

Unitatea sanitară

(denumire, adresă, telefon, fax)

Fișa de vaccinare

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 vaccinare 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

gripăi	--/--/--			
pneumococic	--/--/--	--/--/--	--/--/--	--/--/--
rotavirus	--/--/--	--/--/--	--/--/--	
varicela	--/--/--	--/--/--	--/--/--	
HPV	--/--/--	--/--/--	--/--/--	
Hepatita A	--/--/--	--/--/--		
Alteie specifice	_____	--/--/--	--/--/--	--/--/--

Data

.....

Eliberat de

(nume, prenume, parafa, semnatura)