

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; IMC .....kg/m<sup>2</sup>

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

gripă	--/--/--			
pneumococic	--/--/--	--/--/--	--/--/--	--/--/--
rotavirus	--/--/--	--/--/--	--/--/--	
varicela	--/--/--	--/--/--	--/--/--	
HPV	--/--/--	--/--/--	--/--/--	
Hepatita A	--/--/--	--/--/--		
Alteie specificați	_____	--/--/--	--/--/--	--/--/--

Data

.....

Eliberat de .....

(nume, prenume, parafa, semnatura)