

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/tutorelui legal instituit

Telefonul de contact al părintelui/tutorelui 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 preșcolarilor 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 vaccinare al copilului

a) vaccinări conform Programului Național de Vaccinare

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

* Se menționează toate antigenelor 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)