

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/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

Audiometrie (după caz)

normal

anormal

Vedere

Acuitate vizuală

normală DA NU

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

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

Data
.....

Eliberat de
(nume, prenume, parafa, semnatura)