

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

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**

