

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/tutorei legal instituit .....

Telefonul de contact al părintelui/tutorei 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/m<sup>2</sup>

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 VACCINĂRI<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup>Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor 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 vaccinări al copilului .....

#### a) vaccinări conform Programului Național de Vaccinare

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

\* Se menționează 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  
 .....

Eliberată de .....  
 (numele, prenumele, parafa și semnătura)