

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