

**Anexa nr. 1**

(Anexa nr. 5 la Metodologie)

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea .....  
(denumire, adresă, telefon) .....

**Adeverință medicală pentru intrare în colectivitate**

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 / reprezentantului legal solicitant .....

Telefon de contact ale părintelui / reprezentantului legal .....

**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
- tuberculoza
- altele : .....

**Alergii**

NU  DA :

- medicamentoase: .....
- alimentare: .....
- altele: .....

**Medicație pentru afecțiuni cronice**

NU  DA :(listați)

.....  
.....  
.....

**Vaccinări (veziaviz 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) .....

**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  : .....

Daca ati bifat NU precizati tipul de afectare:

- cognitiva .....
- 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 (dupa 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 intrare în colectivitate

Observații .....

.....

.....

Data examinării

.....

Semnătura medicului, grad profesional, parafa

.....

**Anexa nr. 2**

(Anexa nr. 6 la Metodologie)

Județul .....

Codul numeric personal

Localitatea .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Unitatea sanitară .....

**AVIZ EPIDEMIOLOGIC PENTRU (RE)INTRARE ÎN COLECTIVITATE**

anul

luna

ziua

Numele

Prenumele

Prenumele tatălui

Data nașterii: anul

luna

ziua

Domiciliul: loc.

str.

nr.

bloc

ap.

sector/județ

ARE  / NU ARE  semne și simptome sugestive de boală transmisibilă:

S-a eliberat prezenta pentru:

A se vedea situația vaccinărilor pe verso.

Semnătura și parafa medicului,

Unitatea sanitară .....

(denumire, adresă, telefon, fax) .....

## Fișa de vaccinări

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 vaccinări 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)