

Anexa Nr. 16
la metodologie

Documentele medicale necesare înscrierii/transferului în unitățile de învățământ

- La înscrierea în creșă/grădiniță: adeverința medicală de înscriere în colectivitate, modelul din Anexa nr. 16.1 (împreună cu avizul epidemiologic și dovada de vaccinare a copilului- Anexa 16.2)

- eliberată de medicul de familie.

- La înscrierea în clasa pregătitoare:

a) Dacă copilul a frecventat o grădiniță în care există cabinet medical școlar: fișa medicală de la grădiniță și adeverință medicală conform modelului prevăzut la Anexa nr. 16.3 - eliberate de medicul școlar al grădiniței frecventate;

b) Dacă copilul a frecventat o grădiniță în care nu există cabinet medical școlar: adeverința medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - eliberată de medicul de familie.

- La înscrierea în clasa a IX-a:

a) Dacă elevul a frecventat o școală în care există cabinet medical școlar: fișa medicală de la școală și adeverință medicală conform modelului prevăzut la Anexa nr. 16.3 - eliberate de medicul școlii frecventate;

b) Dacă elevul a frecventat o școală în care nu există cabinet medical școlar: adeverința medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - eliberată de medicul de familie.

- În cazul transferului între diferite unități de învățământ:

a) Dacă antepreșcolarul/preșcolarul/elevul a frecventat o unitate de învățământ cu cabinet medical propriu: fișa medicală de la unitatea de învățământ de la care se transferă - eliberată de medicul școlar;

b) Dacă antepreșcolarul/preșcolarul/elevul a frecventat o creșă/grădiniță/școală fără cabinet medical propriu: adeverința medicală de înscriere în colectivitate (împreună cu dovada de vaccinare a copilului) - eliberată de medicul de familie.

La revenirea din vacanțe NU se va solicita antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor aviz epidemiologic

Anexa Nr. 16.1
la metodologie

Fișa medicală de înscriere în colectivitate

Unitatea sanitară unde s-a efectuat evaluarea
(denumirea, adresa, telefonul)

ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE

Numele și prenumele: Sexul: Data nașterii:

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 (verso)

Dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea, atașați documente medicale relevante.

Examen fizic

Înălțime cm; Greutate kg; Indice de masă corporală kg/m²

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 antepreșcolari, 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

Verso

Unitatea sanitară (denumirea, adresa, telefonul, fax)

FIȘA DE VACCINĂRI¹⁾

1) Însușește avizul epidemiologic la înscrierea antepreșcolarilor, preșcolarilor și elevilor în unitatea de învățământ.

Numele și prenumele: Sexul: Vârsta:

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)

Anexa Nr. 16.3
la metodologie

ADEVERINȚA MEDICALĂ
ModelM.S. cod 18.1.1

Model
Față

Județul	Nr. fișă/registru de consultații
Localitatea
Unitatea sanitară	CNP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
ADEVERINȚĂ MEDICALĂ	
Se adeverește că: Sexul: M/F	
numele și prenumele	
cu domiciliul în: județul localitatea str.	
nr. bl. ap. sect.; având ocupația de: la	
.....	
Este suferind de:	
.....	
.....	
Se recomandă	
.....	
.....	

S-a eliberat prezenta pentru a-i servi la:	
Data eliberării: anul luna ziua L.S.	Semnătura și parafa medicului,

Verso:

Concluziile examenului medical de bilanț:
Rezultatul investigațiilor medicale:
Recomandări:
Apt pentru: