



Documentele medicale necesare înscrierii/transferului în unitățile de învățământ, conform anexei nr.16 din ordinul comun M.S./M.E. 2508/4493/2023, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 703 din 1 august 2023:

– La înscrierea în **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 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 preșcolarul/elevul a frecventat o 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 preșcolarilor și elevilor aviz epidemiologic.

Dr. ONIGA IOANA CLAUDIA
medic specialist pediatrie
cod 474306

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 avis epidemiologic-fișă de vaccinări)

Examen fizic

Înălțime.....cm; greutate.....kg; IMC..... kg/m²

TA (pentru copii >3ani)

Examen fizic general (normal ☐/anormal ☐)

ORL.....

Dentiție normală 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

Unitatea sanitară
(denumirea, adresa, telefonul, fax)

Fișă de vaccinare¹⁾

¹⁾Însoțește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolarilor 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 vaccinare al copilului:

.....

a) Vaccinări conform Programului național de vaccinare:

*hepatitaB	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>		
BCG	<u> </u> <u> </u> <u> </u>					
*DTP	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
*HiB	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
*Polio	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
ROR	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>				

*)Se menționează toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat(mono-, tetra-, penta- sau hexavalente).

b) Vaccinări opționale:

gripal	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
pneumococic	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
rotavirus	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>		
varicela	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>		
HPV	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	
Hepatita A	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>		
Altele, specificați	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u> <u> </u>

Data:

Nume medic:

Semnătură, parafă:

NOTE:

1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice și a antecedentelor personale existente la fișa medicală a copilului.
2. Investigații clinice și paraclinice suplimentare vor fi solicitate de către medicul de familie doar în cazul existenței semnelor și simptomelor specifice de boală acută/cronică/infecțioasă.
3. Adeverința medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolarilor și elevilor, eliberarea acestora reprezentând activitate de suport, conform prevederilor *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare.*

Județul Localitatea Unitatea sanitară	Nr. fișă/registru de consultații.....CNP [][][][][][][][] [][][][][][][][]
ADEVERINȚĂ MEDICALĂ	
Se adeverește că: (numele și prenumele) Sexul: M/F cu domiciliul în: județul localitatea str. nr. bl. ap. sect.; având ocupația de: la	
Este suferind de: Se recomandă	
S-a eliberat prezenta spre a-i servi la:	
Data eliberării: anul luna ziua	Semnătura și parafa medicului, L.S.

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