

ROMANIA
CONSILIUL LOCAL AL MUNICIPIULUI BRASOV
CRESA BRASOV

Str. Apollo nr. 2, Braşov, 500338, Tel./Fax: +40-268-421069,
CUI 15141156, www.cresebrasov.ro

Documentele medicale necesare frecventării colectivităţii

Documentele medicale necesare înscrierii/transferului în Creşa Braşov, conform Ordinului Ministerului Sănătăţii şi al Ministerului Educaţiei nr. 2508/4493 din 2023 sunt:

- Adeverinţa medicală de înscriere în colectivitate eliberată de medicul de familie (modelul din Anexa 16.1) din Monitorul Oficial partea I nr 703 bis/1.VIII.2023
- Avizul epidemiologic şi dovada de vaccinare a copilului eliberat de medicul de familie (modelul Anexa 16.2) din Monitorul Oficial partea I nr 703 bis/1.VIII.2023

Pentru copiii care au frecventat Creşa Braşov în anul şcolar 2022-2023 nu este necesară aducerea acestor documente.

Dr. Dinu Daniela

Dr. Comşa Liliana

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/tutorelui legal instituit
Telefonul de contact al părintelui/tutorelui 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/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

FIȘA DE VACCINĂRI ¹⁾

¹⁾ Însoțește 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)