



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII**  
**CABINET SECRETAR DE STAT**

Număr înreg. *DAMAR*  
*1329* /

din 08.09.2020

Către:

**DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ....(TOATE)**  
**În atenția domnului/doamnei Director Executiv**

În conformitate cu prevederile Anexei nr. 3 la Ordinul ministrului educației și cercetării și al ministrului sănătății 5298/1668/2011 *pentru aprobarea Metodologiei privind examinarea stării de sănătate a preșcolărilor și elevilor din unitățile de învățământ de stat și particulare autorizate/acreditate, privind acordarea asistenței medicale gratuite și pentru promovarea unui stil de viață sănătos, documentele medicale necesare la înscrierea/frecventarea/terminarea unui ciclu de învățământ sunt:*

- a) adeverință medicală pentru înscrierea în colectivitate, conform anexei nr. 1, care face parte integrantă din prezenta anexă;
- b) aviz epidemiologic pentru (re)intrare în colectivitate, conform anexei nr. 2, care face parte integrantă din prezenta anexă.

**Adeverința medicală se eliberează în următoarele circumstanțe:**

- a) La înscrierea în fiecare ciclu de învățământ - se eliberează de către medicul de familie sau de către medicul colectivității de la care provine copilul.
- b) La terminarea unui ciclu de învățământ preuniversitar - se eliberează de către medicul care are în supraveghere colectivitatea.
- c) La transferul elevului într-o altă unitate școlară - se eliberează de medicul care are în supraveghere unitatea de învățământ de la care se transferă.

**Avizul epidemiologic se eliberează în următoarele circumstanțe:**

- a) după o perioadă de absență din colectivitate de cel puțin 3 zile consecutive;
- b) la plecarea în tabere, vizite de studiu etc.

**Îndrumări metodologice pentru eliberarea adeverinței medicale**

- a) La înscrierea în clasa I:
  - (i) Această adeverință este completată pe baza examinării medicale periodice de bilanț a stării de sănătate, efectuată la vârsta de 6 - 7 ani, cu obligația consemnării de către medic a concluziei "Apt pentru învățământul obișnuit".

(ii) Pentru copiii care se înscriu în unități de învățământ cu cabinet medical școlar propriu medicul colectivității de preșcolari sau, după caz, medicul de familie va întocmi o epicriză cuprinzând: antecedentele fiziologice, principalele antecedente patologice (inclusiv infectocontagioase), precum și imunizările efectuate.

(iii) Copiii care au frecventat o grădiniță cu cabinet medical propriu și se înscriu într-o unitate de învățământ cu cabinet medical școlar vor depune la înscriere și fișa medicală de la grădiniță.

b) La terminarea unui ciclu de învățământ preuniversitar:

(i) În unitățile școlare cu cabinet medical propriu, la înscrierea în liceu, în școala profesională, elevii care au avut fișe medicale la cabinetul medical al școlii absolvite le vor depune și pe acestea o dată cu adeverința medicală menționată anterior, iar elevii care provin din unități școlare în care nu au avut fișă medicală vor prezenta odată cu adeverința medicală o dovadă completată de medicul de familie care a avut în supraveghere unitatea școlară absolvită de elevi, care să cuprindă toate imunizările efectuate.

(ii) Medicul care completează adeverința medicală pentru înscrierea în/sau terminarea unui ciclu de învățământ are obligația să consemneze, sub responsabilitate medico-juridică, eventualele tulburări în starea de sănătate a elevului.

(iii) Adeverința medicală pentru înscrierea, respectiv terminarea unui ciclu de învățământ se va elibera ținându-se seama de eventualele tulburări în starea de sănătate apărute după data efectuării examinărilor medicale periodice de bilanț ale stării de sănătate.

c) La transfer

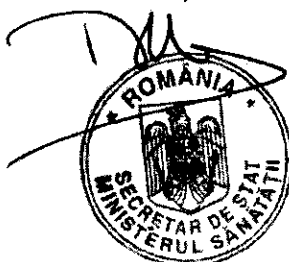
(i) Adeverința se însoțește, după caz, de fișa medicală școlară de la cabinetul medical al unității de la care se transferă.

(ii) Elevii care nu au fișe medicale vor prezenta o adeverință medicală de același tip, eliberată de medicul unității școlare de la care provin, precum și o dovadă cu imunizările profilactice efectuate.

Anexăm prezentei, cu rugămintea postării pe site-ul dumneavoastră, în atenția medicilor de familie, modelele de documente necesare la înscrierea/frecventarea/terminarea unui ciclu de învățământ.

Cu stimă,

**SECRETAR DE STAT  
PROF. DR. HORĂȚIU MOLDOVAN**



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

**ADEVERINȚĂ MEDICALĂ PENTRU ÎNSCRIEREA ÎN COLECTIVITATE**

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/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)

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 : .....

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  
 .....

**NOTĂ**

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. Adevărta medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolărilor și elevilor, eliberarea acesteia 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.

**- față -**

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: localitatea ..... str. ....  
nr. .... bl. .... ap. .... sectorul/județul .....  
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,

**- verso -**

Unitatea sanitară .....  
(denumirea, adresa, telefonul, fax)

**FIȘA DE VACCINĂRII**

1) Însoteste avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor 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)