

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

**DOCUMENT MEDICAL ADIȚIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL
în vederea încadrării copilului cu dizabilități în grad de handicap**

BOLI ALE STRUCTURII ȘI FUNCȚIILE OCHIULUI

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

- ✓ **Ocolirea obstacolelor:** DA NU
- ✓ Se deplasează **singur în interiorul** unor clădiri alta decât locuința proprie: DA NU
- ✓ Se deplasează **singur în exteriorul** locuinței: DA NU Pe ce distanțe.....
- ✓ Se deplasează **folosind echipamente** (ex. bicicleta, role, trotineta): DA NU
- ✓ Se deplasează **singur folosind mijloace publice** motorizate: DA NU

DEPRINDERI DE AUTOSERVIRE / AUTOÎNGRIJIRE:

- ✓ **Se hrănește:**
singur: cu ajutor: depinde de altă persoană:
- ✓ **Este capabil să se autoîngrijească** (tăierea unghiilor, spălat, pieptănat, igienă corporală):
singur: cu ajutor: depinde de altă persoană:
- ✓ **Administrarea medicamentelor:**
singur: cu ajutor: depinde de altă persoană:
- ✓ **Comunicarea în limbaj Braille:** DA NU
- ✓ **Necesită ajutorul unei terțe persoane în defășurarea activităților zilnice :**
constant DA NU
zilnic, dar discontinuu DA NU
alte măsuri DA NU
- ✓ **Și-a însușit grija pentru propria siguranță, evită riscurile sau situațiile periculoase** DA NU

Dacă **NU**, detaliați.....

.....

Data completării:

**Semnătura și parafa
Medic specialist,**