

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

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

BOLI GENETICE

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

- ✓ Deficiențele se apreciază în funcție de criteriile de la aparatele și sistemele afectate, comorbidități.

Data completării:

Semnătura și parafă
Medic specialist,