

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,**