

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 parafa
Medic specialist,**