

UNITATEA SANITARĂ.....

Data:

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

BOLI IMUNOLOGICE

Nume și prenume copil:..... Vârsta:

**Precizați în caz de HIV/SIDA stadiul conform clasificării CDC Atlanta 1994 și gradul de
afectare neurocognitivă stabilită prin criteriile HAND**

.....
.....
.....

Data completării:

**Semnătura și parafa
Medic specialist,**