

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,