UNITATEA SANITARĂ…..................................................................

Nr. ........................................data: ........................................................

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

**în vederea încadrării copilului cu dizabilităţi în grad de handicap**

**BOLI GENETICE**

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

Data completării:

Semnătura și parafa

Medic specialist,