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

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

**DOCUMENT MEDICAL ADIŢIONAL CERTIFICATULUI MEDICAL**

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

**BOLI IMUNOLOGICE**

**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,