

Numele de familie al copilului	Prenume	Data nașterii	Naționalitatea	Numărul celorlalți frați
Limba maternă (mama)	Limba maternă (tata)	Numărul de adulți din gospodărie	Creșă/Grădiniță cu program zilnic/Grădiniță <input type="text"/> Ani	
Numele și semnătura întreținătorului/întreținătorilor				
Nume..... Prenume..... Cod poștal, localitate.....				
Strada..... Nr. tel.....				
Sarcina și nașterea				
Greutatea la naștere: _ _ _ _ grame săptămâni de sarcină finalizate: _ _ calendar sarcină <input type="checkbox"/> multipleteți				
Dezvoltarea				
S-au constatat întârzieri în dezvoltarea copilului dumneavoastră <u>la momentul respectiv</u> ? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
A reușit să alerge liber până la 18 luni <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Primele cuvinte (precum mama, tata, mașină) până la 18 luni <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Limbaj neobișnuit în cursul dezvoltării <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Copilul este crescut într-un mediu familial în care se vorbesc mai multe limbi <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu				
Copilul dumneavoastră suferă sau a suferit de următoarele boli sau deficiențe de sănătate?				
Deficiențe de vedere <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da strabism <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da Purtarea de ochelari <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
Deficiențe grave de auz <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
Dacă da, vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări:				
<input type="checkbox"/> deficiențe grave de auz, înnăscute <input type="checkbox"/> la urechea stângă <input type="checkbox"/> la urechea dreaptă				
<input type="checkbox"/> deficiență de auz dobândită, permanentă <input type="checkbox"/> la urechea stângă <input type="checkbox"/> la urechea dreaptă				
<input type="checkbox"/> dotat cu aparat auditiv din data de la urechea stângăluna/anul la urechea dreaptăluna/anul				
<input type="checkbox"/> dotat cu implant cochlear din data de la urechea stângăluna/anul la urechea dreaptăluna/anul				
Deregări de metabolism/hormonale înnăscute: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (Care?)				
.....				
Alte boli cronice: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (Care?):				
Handicap sever: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (Care?):				
Medicamente luate regulat: <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da (Care?):				
Vă sunt cunoscute bolile copilului dumneavoastră care necesită o anumită procedură în cazuri de urgență (de ex. alergii, epilepsie, etc.)? <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
Dacă da, care?				
Copilul dumneavoastră a beneficiat la momentul respectiv de măsuri de ajutor sau de tratament?				
Participare la cursul preliminar de limba germană <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> Da				
Terapia tulburărilor de limbaj (logopedie) <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> finalizată <input type="checkbox"/> în curs de desfășurare <input type="checkbox"/> planificată				
Măsuri terapeutice și pedagogice în primii ani de viață/pedagogie medicală/ergoterapie				
<input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> finalizată <input type="checkbox"/> în curs de desfășurare <input type="checkbox"/> planificată				
Gimnastică medicală <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> finalizată <input type="checkbox"/> în curs de desfășurare <input type="checkbox"/> planificată				
Psihoterapie <input type="checkbox"/> Nu <input type="checkbox"/> finalizată <input type="checkbox"/> în curs de desfășurare <input type="checkbox"/> planificată				
Medic pediatru/medic de familie:				
.....				