

**CERERE-TIP DE ÎNSCRIERE ÎN ÎNVĂȚĂMÂNTUL ANTEPREȘCOLAR - 2022**

Câmpurile marcate cu\* sunt opționale

**1. Date privind solicitantul**

Nr. înreg.  din

Numele:

Prenumele:

Domiciliul / Reședința:

Cod poștal:  Str.  Nr.  Bl.  Sc.  Et.  Ap.

Telefon: \* Localitate:  Județ/Sector:

Calitatea solicitantului:  E-mail: \*

**2. Date privind copilul**

părinte  reprezentant legal

Numele:  Inițiala tatălui:

Prenumele:

CNP:

Născut în: Localitatea:  Județ/Sector:

Domiciliul / Reședința:

același/aceeași cu al/a solicitantului  diferit(ă), și anume:

Str.  Nr.  Bl.  Sc.  Et.  Ap.

Cod poștal: \* Localitate:  Județ/Sector:

Cetățenie:  Naționalitate:

**3. Date privind înscrierea**

Nr.	Denumirea unității de învățământ pentru care se optează	Tip grupă	Limba de predare	Alternativa educațională	Tip program
1.			Română	Tradițional	Prelungit
			Română	Tradițional	Prelungit

**4. Date despre frații/surorile copilului -**

Nr. crt.	Numele și prenumele	Relația de rudenie cu	Denumirea/Codul SIIR al unității unde este elev/elevă
C1.		<input type="checkbox"/> frate <input type="checkbox"/> soră <input type="checkbox"/> geamăn(ă)	
C2.		<input type="checkbox"/> frate <input type="checkbox"/> soră <input type="checkbox"/> geamăn(ă)	
C3.		<input type="checkbox"/> frate <input type="checkbox"/> soră <input type="checkbox"/> geamăn(ă)	
C4.		<input type="checkbox"/> frate <input type="checkbox"/> soră <input type="checkbox"/> geamăn(ă)	

**5. Criterii de departajare generale**

- Există un certificat medical de încadrare a copilului în grad de handicap;
- Copilul este orfan de ambii părinți sau provine de la o casă de copii/centru de plasament/plasament familial (situație dovedită pe bază de documente);
- Copilul este orfan de un părinte (situație dovedită pe bază de documente);
- Există un frate sau o soră din tabelul 4 înmatriculat(ă) la unitatea la care se dorește înscrierea.


**6. Declarații de consimțământ**

- Sunt de acord ca datele personale din prezenta cerere să fie prelucrate în scopul înmatriculării copilului.
- \*Sunt de acord să primesc informații privind situația și progresul școlar la adresa de email comunicată în prezenta cerere.
- Cunoscând prevederile Codului Penal privind falsul în declarații, declar pe propria răspundere și sub sancțiunea nulității înscrierii faptul că datele din prezenta cerere sunt reale.

Data completării:

Semnătura solicitantului:

Ministerul Educației și Cercetării este operator de date personale conform Notificării nr. 5331, în baza Legii Nr.677/2001 privind protecția datelor cu caracter personal.

 <b>INSPECTORATUL ȘCOLAR AL MUNICIPIULUI BUCUREȘTI</b>	<b>Procedura operațională Organizarea și desfășurarea reînscrierii/înscrierii copiilor în învățământul preșcolar în anul școlar 2022-2023</b>	Ediția: I
		Nr. exemplare: <u>  1  </u>
		Revizia: -
		Nr. exemplare: 1
	COD: PO	Pagina 11/18
		Exemplar: 1

Anexa 2

### DECLARAȚIE-ACORD

Subsemnata/ul, \_\_\_\_\_, cu domiciliu/ reședința în localitatea \_\_\_\_\_, județul/ sectorul \_\_\_\_\_ str. \_\_\_\_\_, nr. \_\_\_\_\_, bl. \_\_\_\_\_, sc. \_\_\_\_\_, ap. \_\_\_\_\_, mama/ tatăl/ tutore/ reprezentant legal al minorului/ minorei \_\_\_\_\_, născut/ ă la data de \_\_\_\_\_,

declar că:

- avem /     nu avem custodie comună asupra copilului.  
 Dovedesc că am custodia exclusivă a copilului dovedită prin următorul document

\_\_\_\_\_

Declar că ambii părinți suntem de acord cu înscrierea copilului la \_\_\_\_\_, **SECTOR 3.**

Cunosc că falsul în declarații este pedepsit de legea penală, conform prevederilor art. 292 din Codul Penal. De asemenea, declar că sunt de acord ca datele mele personale și ale fiului/fiicei mele să fie prelucrate în vederea înscrierii în învățământul primar, cu respectarea prevederilor Legii nr. 190/2018 privind măsuri de punere în aplicare a Regulamentului (UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogare a Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor).

Declarant:

Numele și prenumele

\_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

Numele și prenumele

\_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Unitatea sanitară .....  
(denumirea, adresa, telefonul, fax) .....

## Fișă de vaccinare<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Însușește avizul epidemiologic la înscrierea preșcolărilor și elevilor în unitatea de învățământ.

Numele și prenumele: .....

Sexul: ..... Vârsta: ..... ani

Adresa .....

(strada nr. , orașul, județul/sectorul) .....

Instituția la care dorește să se înscrie (școala, liceul, grădinița, creșa): .....

Numele și prenumele părintelui: .....

Telefoanele de contact ale părintelui: .....

### Vaccinări:

Numărul carnetului de vaccinare al copilului:

#### a) vaccinări conform Programului național de vaccinare:

*hepatita B	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--
BCG	--/ /--					
*DTP	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--
*HiB	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--		
*Polio	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--	
ROR	--/ /--	--/ /--				

\*) Se menționează toate antigenele administrate, indiferent de tipul de vaccin utilizat (mono-, tetra-, penta- sau hexavalente).

#### b) vaccinări opționale:

gripal	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--		
pneumococic	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--		
rotavirus	--/ /--	--/ /--				
varicela	--/ /--	--/ /--				
HPV	--/ /--	--/ /--	--/ /--			
Hepatita A	--/ /--	--/ /--				
Altele, specificați	_____	--/ /--	--/ /--	--/ /--	--/ /--	

Data:

Nume medic:

Semnătură, parafă:

NOTE:

1. Evaluarea se realizează pe baza examinării clinice și a antecedentelor personale existente la fișa medicală a copilului.
2. Investigații clinice și paraclinice suplimentare vor fi solicitate de către medicul de familie doar în cazul existenței semnelor și simptomelor specifice de boală acută/cronică/infectioasă.
3. Adeverința medicală poate fi eliberată de medicul de familie la efectuarea examenelor anuale de bilanț ale preșcolărilor și elevilor, eliberarea acestora reprezentând activitate de suport, conform prevederilor *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare.*

Unitatea sanitară .....  
(denumire, adresă, telefon)  
.....

Nr. Fișă / Nr. de înregistrare .....  
Data eliberării fișei: .....  
Data examinării: .....

# Adeverință medicală pentru înscrierea în colectivitate

Numele și prenumele....., sexul....., vârsta:.....,  
Adresa: Strada....., nr ....., localitatea ....., județul/sectorul .....  
Instituția la care se înscrie: .....  
Numele și prenumele părintelui/tutorelui:..... Tel. de contact: .....

## Antecedente patologice NU DA

- astm
- sindrom de hiperactivitate
- otită medie cronică /recurentă
- maladii congenitale de cord
- probleme de învățare /dezvoltare
- diabet zaharat
- leziuni osteoarticulare
- convulsii
- tulburări de vorbire , auz , vedere
- tuberculoză
- altele

\*(dacă ați bifat cel puțin una dintre acestea, atașați documente medicale relevante)

## Alergii: NU DA

- medicamentoase: .....
- alimentare: .....
- altele: .....

## Medicație pentru afecțiuni cronice

NU  DA  (listați)

## Vaccinări (vezi avis epidemiologic-fișă de vaccinări)

## Examen fizic

Înălțime ..... cm; greutate ..... kg; IMC.....kg/m<sup>2</sup>

TA (pentru copii > 3 ani) .....

## Examen fizic general (normal /anormal

ORL.....

Dentiție normal DA  NU

Extremitate cefalică - regiune cervicală:

Ganglioni limfatici normali DA  NU

## Recomandări

Activitate fizică normală DA  NU  restricții (după caz):.....

Alimentație diversificată DA  NU  restricții:

Reevaluarea este necesară: NU  DA  pentru

.....data programată \_/ \_/ \_

Pulmonar normal DA  NU

Cardiovascular normal DA  NU

Abdominal normal DA  NU

Genito-urinar normal DA  NU

Extremități normale DA  NU

Tegumente normale DA  NU

Dezvoltare psihologică normală DA  NU

Limbaj normal DA  NU

Comportament normal DA  NU

## Dezvoltare (copii preșcolari)

În limite normale DA  NU

Dacă ați bifat NU, precizați tipul de afectare:

- cognitivă .....
- comunicare/limbaj .....
- emoțională/socială .....
- adaptare .....
- motricitate .....

## Auz

Audiometrie (după caz)

normal

anormal

## Vedere

Acuitate vizuală

normală DA  NU

Ochi stâng: .....

Ochi drept: .....

Corecție cu lentile NU  DA

Strabism NU  DA

Evaluări suplimentare NU  DA  care: .....

Necesitatea unui sistem special de educație

Altele .....

## Rezultatul evaluării

Copil apt /inapt  pentru intrarea în colectivitate

Observații .....

Nume medic, semnătură, parafă

Județul .....

Codul numeric personal

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Localitatea .....

Unitatea sanitară .....

# Aviz epidemiologic pentru (re)intrare în colectivitate

---

anul ..... luna ..... ziua .....

Numele ..... Prenumele .....

Data nașterii: anul ..... luna ..... ziua ..... Prenumele tatălui .....

Domiciliul: localitatea ..... str. ....

nr. .... bl. .... ap. .... sectorul/județul .....

ARE  / NU ARE  semne și simptome sugestive de boală transmisibilă: .....

S-a eliberat prezenta pentru: .....

A se vedea situația vaccinărilor pe verso.

(se completează numai la înscrierea în fiecare ciclu de învățământ)

Semnătura și parafa medicului

.....