



DATA EXAMINĂRII	
NUMELE ȘI PRENUMELE COPILULUI	
NUMELE ȘI PRENUMELE TATĂLUI	
DATA NAȘTERII COPILULUI	
GRUPA SANGUINĂ	
TELEFON DE CONTACT	
PERIOADA DE PARTICIPARE LA TABĂRĂ	

CERTIFICAT MEDICAL

(se completează de către medic)

ISTORIC MEDICAL:			
OBSERVAȚII:			
BOLI CRONICE			
BOLI INFECTO-CONTAGIOASE			
ALERGIE LA MEDICAMENTE SAU LA ALȚI ALERGENI			
INTERVENȚII CHIRURGICALE			
DUPĂ ACTIVITATE SPORTIVĂ (leșin, durere retrosternală, obosește repede)			
SISTEM CARDIO-VASCULAR (T.A., SUFLURI, PALPAREA ARTERELOR FEMURALE)			
ALTE CONSTATĂRI			
Considerați că poate participa la toate activitățile sportive estivale (înot, baschet, tenis, volei, fotbal etc.) în tabăra Kalivas? DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>			

Semnătura și ștampila Medicului