

CMI Dr.
CASMB

Număr fișă / carnet de sănătate

_____ / _____

Adeverință medicală

eliberată pentru înscrierea la Școala de Ghizi Christian Adventure

Se adeverește că _____
născut(ă) în anul _____ luna _____ ziua ____ cu domiciliul în _____
_____ este:

1 Suferind(ă) de:

	da	nu	mențiuni
Boli cronice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli neuropsihice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli de inimă	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli respiratorii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli epidemice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Boli cu transmitere sexuală	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hepatită	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipocalcemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2 Alergic(ă) la: _____

Subsemnatul (numele și prenumele medicului) _____

declar pe proprie răspundere că datele furnizate sunt conforme cu realitatea și că pacientul este apt pentru efort fizic susținut și drumeții montane cu următoarele mențiuni:

În caz de nevoie, medicul poate fi contactat telefonic la numărul: _____

data eliberării

semnătura și parafa medicului