

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="checkbox"/> 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"/> multipletți					
Dezvoltarea					
S-au constatat întârzieri în dezvoltarea copilului dumneavoastră la momentul respectiv? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu					
Limbaj neobișnuit în cursul dezvoltării <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			Copilul este crescut într-un mediu familial în care se vorbesc mai multe limbi <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		
Contact cu limba germană <input type="checkbox"/> de la naștere <input type="checkbox"/> nu de la naștere					
În cazul în care contactul cu limba germană nu a fost de la naștere, de la ce vârstă a avut loc? _ _ Ani _ _ _ luni					
Este copilul dvs. <input type="checkbox"/> Dreptaci <input type="checkbox"/> Stângaci <input type="checkbox"/> încă indecis					
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?)					
<input type="checkbox"/> Lipsă MCAD <input type="checkbox"/> Hipotiroidie <input type="checkbox"/> Fenilcetonurie <input type="checkbox"/> Sindrom adrenogenital <input type="checkbox"/> Mucoviscidoză <input type="checkbox"/> Diabet (tip 1) <input type="checkbox"/> Diabet (tip 2)					
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					
Medic pediatru/medic de familie:					
.....					