



RECOMANDARE EVALUARE PSIHOLGICĂ

Nr.....Data.....

Subsemnatul/a....., având calitatea<sup>1</sup> de....., la<sup>2</sup>....., din localitatea, str ..... nr. ...., județul/sectorul ..... orașul/municipiul ..... telefon ....., e-mail ....., menționez că s-a prezentat la mine copilul:

1. Numele și prenumele copilului:.....

2. Vârsta copilului:.....

3. Domiciliul copilului:.....

4. Observații sumare privind motivele recomandării:

.....  
.....  
.....  
.....

5. Date de identificare a părintelui:

a. Numele și prenumele părintelui/rezentantului legal:.....

b. Adresa completă:.....

c. Număr de telefon:.....

d. E-mail<sup>3</sup>:.....

Data .....

Numele și prenumele (în clar) .....  
(*medic*)

Semnătura și parafa.....  
(*medic*)

**sau:**

Semnătura și ștampila.....  
(*Director unitate învățământ*)

Numele, prenumele și semnătura .....  
(*consilier școlar*)

<sup>1</sup> Medic de familie, medic de medicină școlară, medic psihiatru, consilier școlar (se selectează o categorie)

<sup>2</sup> Cabinet Medical Individual, unitate medicală, spital, ambulator, unitatea de învățământ (denumirea/numărul)

<sup>3</sup> Dacă există.