

Numele de familie al copilului		Prenume		Data nașterii	Naționalitatea	Numărul celorlalți frați
Limba maternă (mama/ tata)		Limba maternă (tata/ mama)		Numărul de adulți din gospodărie	Creșă/Grădiniță cu program zilnic/Grădiniță <input type="checkbox"/> Ani	
Numele și semnătura întreținătorului/întreținătoarelor						
Nume..... Prenume..... Cod poștal, localitate.....						
Strada..... Nr. tel.....						
Sarcina și nașterea						
Greutatea la naștere: _ _ _ _ grame săptămâni de sarcină finalizate: _ _ calendar sarcină <input type="checkbox"/> multipletă						
Dezvoltarea						
S-au constatat întârzieri în dezvoltarea copilului dumneavoastră la momentul respectiv? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu						
Limba 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 stângă		luna/anul		la urechea dreaptă
<input type="checkbox"/> dotat cu implant cochlear din data de		la urechea stângă		luna/anul		la urechea dreaptă
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:						