

**Către,
Direcția de Sănătate Publică Sibiu**

Comisia Medicală de Orientare Școlară și Profesională

Subsemnatul (a)....., posesor al C.I./B.I. seria nr eliberat de la data, domiciliat(ă) în, în calitate de părinte/ tutore legal al elevului (ei), în vârstă de ani, legitimat(ă) cu CI....., CNP....., elev(ă) în clasa, la unitatea școlară....., profil....., în baza documentelor medicale anexate prezentei cereri solicit evaluarea acestuia în cadrul comisiei medicale de orientare școlară-profesională în vederea aprobării (se completează pe linia punctată, unde e cazul):

- transferului din motive medicale de la o unitate de învățământ la alta.....
- transferului din motive medicale de la o filieră la alta.....
- transferului din motive medicale de la un profil la altul.....
- transferului din motive medicale de la o specializare la alta.....

Anexez următoarele documente:

- copie a actului de identitate al copilului (certificat de naștere/carte de identitate)
- copii ale actelor de identitate ale părinților
- adeverința medicală eliberată de medicul de familie care confirmă că este în evidență cu boli cronice
- documente medicale (certificat medical eliberat de medicul specialist, bilet de ieșire din spital, cu foaia de observație nr.....din....., certificate de încadrare într-o categorie de persoane cu handicap care necesită protecție specială)

Data

Semnătura părintelui,

Telefon :