



CERTIFICADO DE SALUD

Año Escolar:..... Ciclo lectivo.....

Certifico que.....
 DNI Nº.....de.....años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, a lashs., encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la Educación Física escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

No presenta signos, ni síntomas de enfermedad Infecto-Contagiosa.

Esquema de vacunación: Completo Incompleto

Peso:.....Talla:.....T/A.....

Es Alérgico:.....

Toma medicación regularmente:.....

Observaciones:.....

Firma del Médico Fliar/Pediatra:.....

Fecha:.....

Salud Bucal: Buena En tratamiento

Firma Odontólogo:.....

Fecha:.....

Cobertura Médica fliar./Obra Social:

Nº de Socio:.....

Firma del Padre/Madre/Resp. Legal:.....

D.N.I Nº:.....

Fecha:.....