



CERTIFICADO DE SALUD

Año Escolar: Ciclo lectivo 2023.

Certifico que.....

DNI N° 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 Infeccioso-Contagiosa.

Esquema de vacunación: Completo Incompleto

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

Es Alérgico:

Toma medicación regularmente:

Observaciones:

.....

.....

Firma del Médico Familiar / Pediatra:

Fecha:

Salud Bucal: Buena En tratamiento

Firma Odontólogo:

Fecha:

Cobertura Médica familiar / Obra Social:

N° de Socio:

Firma del Padre / Madre o Responsable Legal:

D.N.I N°:

Fecha: