

Certificación de Salud

DATOS PERSONALES *(A completar por las /los docentes)*

Apellido y Nombre:

DNI:

Edad:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

Institución Educativa:

Legajo:

Cargo:

(A completar por el/la Profesional Médico/a)

Antecedentes médicos:

Tratamiento que realiza actualmente:

Observaciones: (Otros datos de interés)

Conclusión:

Lugar y Fecha:

FIRMA Y SELLO DEL/LA MÉDICO/A TRATANTE