



Colegio de la Divina Misericordia N° 8023

Caseros 1030 – Tel. 0387-4312051 – EMAIL divinamisericordia@uolsinectis.com.ar

CERTIFICADO DE SALUD 201...

Resolución Ministerial N° 1647

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 las hs., encontrándose en condiciones de concurrir a

No presenta signos ni síntomas de enfermedad Infecto-Contagiosa.

Esquema de vacunación: Completo Incompleto

Peso Talla T/A

Observaciones

Salud Bucal: Buena En tratamiento

Firma del Padre/Madre Firma del Odontólogo Firma del Pediatra

o Responsable Legal Fecha...../...../..... Fecha...../...../.....

DNI N°

Para entregar solamente a **SECRETARIA**

Firma y Sello de Secretaria
Fecha de Recepción/...../.....
Guarde este talón, es la única constancia de que presentó la Ficha Médica



Colegio de la Divina Misericordia N° 8023

Caseros 1030 – Tel. 0387-4312051 – EMAIL divinamisericordia@uolsinectis.com.ar

CERTIFICADO DE SALUD 201...

Resolución Ministerial N° 1647

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 las hs., encontrándose en condiciones de concurrir a

No presenta signos ni síntomas de enfermedad Infecto-Contagiosa.

Esquema de vacunación: Completo Incompleto

Peso Talla T/A

Observaciones

Salud Bucal: Buena En tratamiento

Firma del Padre/Madre Firma del Odontólogo Firma del Pediatra

o Responsable Legal Fecha...../...../..... Fecha...../...../.....

DNI N°

Para entregar solamente al **PROFESOR DE EDUC. FISICA**

Firma del Profesor de Educ. Física
Fecha de Recepción/...../.....
Guarde este talón, es la única constancia de que presentó la Ficha Médica