Colegio de la Divina Misericordia Nº 8023
CERTIFICADO UNICO DE SALUD SISTEMA EDUCATIVO PROVINCIAL

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, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluídas las propias de 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 ……

Observaciones ….……

……

Salud Bucal: Buena ☐ En tratamiento ☐

VIGENCIA DESDE-HASTA (Fecha) ……..

Firma del Padre/Madre o Responsable Legal
DNI Nº …….

Firmab v sello del Odontólogo
Fecha……/……./……

Firma y sello del Pediatra
Fecha……/……./……

Para entregar solamente a **SECRETARIA**

Fecha de Recepción ……/……/…… Firma y Sello de Secretaría

Guarde este talón, es la única constancia de que presentó la Ficha Médica

Colegio de la Divina Misericordia Nº 8023
CERTIFICADO UNICO DE SALUD SISTEMA EDUCATIVO PROVINCIAL

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, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluídas las propias de 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 ……

Observaciones ….……

……

Salud Bucal: Buena ☐ En tratamiento ☐

VIGENCIA DESDE-HASTA (Fecha) ……..

Firma del Padre/Madre o Responsable Legal
DNI Nº …….

Firmab v sello del Odontólogo
Fecha……/……./……

Firma y sello del Pediatra
Fecha……/……./……

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

Fecha de Recepción ……/……/…… Firma del Profesor de Educ. Física

Guarde este talón, es la única constancia de que presentó la Ficha Médica