



CERTIFICADO MÉDICO ESCOLAR

Para el Colegio / Regreso a Clases

Dr./Dra.: _____ Cédula Prof.: _____ Especialidad: _____

Centro de Salud / Clínica: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

CERTIFICA PARA FINES ESCOLARES:

Que el/la alumno/a de nombre: _____

Documento de identidad: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Centro educativo / Colegio: _____ Curso/Grado: _____

PROPÓSITO DEL CERTIFICADO:

- | | |
|---|---|
| ☐ Justificación de ausencia escolar | ☐ Autorización de regreso a clases |
| ☐ Exención de actividades físicas | ☐ Autorización para actividades especiales |
| ☐ Solicitud de adaptaciones académicas | ☐ Otro: _____ |

PERÍODO DE AUSENCIA / RESTRICCIÓN ESCOLAR:

Desde: _____ Hasta: _____ Días: _____

DIAGNÓSTICO / DESCRIPCIÓN CLÍNICA:

INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL COLEGIO:

El presente certificado se expide en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____