

CERTIFICADO MÉDICO PARA ESTUDIANTES

Autorización Escolar / Regreso a Clases

Dr./Dra.: _____ Cédula: _____

Centro de salud/Clínica pediátrica: _____

CERTIFICA CON FINES ESCOLARES:

Nombre del/la estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Colegio / Institución educativa: _____ Grado: _____

FINALIDAD DEL CERTIFICADO:

- ☐ Ausencia justificada
- ☐ Regreso a clases
- ☐ Exención de Ed. Física
- ☐ Apoyo pedagógico especial
- ☐ Actividad adaptada
- ☐ Otro: _____

PERÍODO DE AUSENCIA / RESTRICCIÓN:

Del: _____ Al: _____ Núm. de días: _____

DIAGNÓSTICO Y ESTADO DE SALUD:

INDICACIONES PARA EL ENTORNO ESCOLAR:

Emitido en: _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Fecha
____ / ____ / ____

Firma y Sello del Médico
Dr./Dra.: _____