

CERTIFICADO MÉDICO PARA EL COLEGIO

Autorización Escolar · Justificante para Estudiantes

Médico/a: _____ Cédula: _____ Espec.: _____
Centro médico: _____ Tel.: _____

CERTIFICA PARA FINES EDUCATIVOS

Alumno/a: _____ Grado/Año: _____

Edad: _____ Doc. de identidad: _____ Sexo: _____

Institución educativa: _____

AUSENCIA ESCOLAR JUSTIFICADA / RESTRICCIÓN:

Período: _____ a _____ Total días: _____

Restricción: ☐ Ninguna ☐ Sin Ed. Física ☐ Dieta especial ☐ Descanso en aula ☐ Otra: _____

DIAGNÓSTICO / ESTADO DE SALUD:

RECOMENDACIONES PARA EL PERSONAL DOCENTE:

Expedido en: _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Dr./Dra.: _____ Cédula Profesional: _____ Fecha: _____