



CERTIFICADO ÚNICO DE SALUD SISTEMA EDUCATIVO PROVINCIAL

Certifico que D.N.I 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 realizar actividades escolares, incluidas las propias de la 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

Peso: Talla: T/A:

Observaciones:

Salud Bucal: Buena En Tratamiento

VIGENCIA DESDE-HASTA (FECHA)

.....
Firma del Padre/Madre o Responsable Legal

.....
Firma y Sello del Odontólogo

.....
Firma y Sello del Médico

Fecha/...../.....

Fecha/...../.....