

CONSTANCIA DE SALUD

Apellido y Nombre

DNI

Edad

Ha sido evaluado clínicamente, se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acorde a su edad, sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

Las vacunas para la edad se encuentran completas: SI NO

Vacunas faltantes: _____

* A pedido del interesado, padre, madre o responsable legal:

Apellido y Nombre

DNI

Extiendo y confirmo la presente constancia para ser presentada ante autoridades de la escuela.

Escuela

Observaciones

Localidades

Fecha

Firma, sello y matrícula médica

Sellos y estampillas

Sello efector público

Estampilla Colegio de Médicos

Estampilla Caja del Arte de Curar

Si el certificado es confeccionado en un efector público debe estar sellado por la institución emisora.

Si el certificado es realizado en un efector privado debe estar estampillado para que tenga valor (Ley 4931 y 12818)