

	SI	NO	¿Cuál /es?
¿Padece actualmente alguna enfermedad?			
¿Se encuentra actualmente en tratamiento?			
¿Toma actualmente alguna medicación?			
¿Hay alguna actividad especial que no pueda realizar?			
¿Es alérgico a algún medicamento, alimento o picadura?			
¿Tiene algún tipo de restricción acerca de alimentos que puede ingerir?			
¿Hay alguna otra información que considere importante para compartir con el equipo educativo?			
¿Se aplicó la vacuna contra COVID-19? (Campo optativo)			¿Cuántas dosis? _____

Firma del Padre, Madre o Responsable legal

DNI N°

N°

Número.....

Firma y Sello del Médico

DNI

Matrícula

CERTIFICADO DE SALUD DEL ALUMNO/A (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO/A)

Buenos Aires/...../2023

Dejo constancia

que.....

.....

DNI N°: de años de edad, ha sido evaluado/a clínicamente en el día de la fecha, y se encuentra en condiciones de salud para concurrir a clases, participar de actividades escolares y realizar actividades físicas y deportivas que correspondan a su edad, sexo y estadio madurativo, bajo supervisión de personal idóneo.

Tiene vacunas completas al día de la fecha y acordes para su edad.

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Firma del Padre, Madre o Responsable legal
DNI N°.....
N°.....

Número.....

.....
Firma y Sello del Médico
DNI
Matrícula