

2024

1

Para ser cumplimentado por el **médico**: (puede ser oficial o privado).

Certifico que el alumno _____

de _____ Año Nivel _____ se encuentra en _____ condiciones cardiopulmonares funcionales al día de la fecha para concurrir a clase y a educación física.

Firma del Médico

Sello y N° de Matrícula legible

Fecha

Firma del Padre/Madre/tutor

Fecha

Dr./Dra.: Dejamos constancia que en el gimnasio de nuestro Colegio no hacemos Educación Física de alto rendimiento.

2024

2

Para ser cumplimentado por el **oftalmólogo**: (puede ser oficial o privado).

Certifico que el alumno _____

de _____ Año Nivel _____ se encuentra en condición visual (Buena – Regular – Mala). Observaciones _____

Firma del Médico

Sello y N° de Matrícula legible

Fecha

Firma del Padre/Madre/tutor

Fecha

2024

3

Para ser cumplimentado por el **otorrinolaringólogo**: (puede ser oficial o privado).

Certifico que el alumno _____

de _____ Año Nivel _____ se encuentra en condición auditiva (Buena – Regular – Mala). Observaciones _____

Firma del Médico

Sello y N° de Matrícula legible

Fecha

Firma del Padre/Madre/tutor

Fecha

2024

4

Para ser cumplimentado por el **odontólogo**: (puede ser oficial o privado).

Certifico que el alumno _____

de _____ Año Nivel _____ se encuentra en condición bucal (Buena – Regular – Mala). Observaciones _____

Firma del Médico

Sello y N° de Matrícula legible

Fecha

Firma del Padre/Madre/tutor

Fecha