



**CERTIFICADO UNICO 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
Fecha...../...../.....

Firma y sello del
Médico
Fecha...../...../.....



**CERTIFICADO UNICO 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
Fecha...../...../.....

Firma y sello del
Médico
Fecha...../...../.....