Dirección Nivel Inicial
Lúdere College N ° 8220

Sentir, Pensar & Actuar

CERTIFICADO DE APTO FISICO

Certifico que …… DNI Nº…….. de ……años de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha, encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares, incluidas natación y las propias de educación física escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

- No presenta signos de enfermedad Infecto-contagiosa
- Peso …….. talla…….. T/A……..
- Observaciones ……

……

Firma y Sello del Pediatra Fecha……../……../……

Salud Bucal:

Presenta caries: SI NO
En tratamiento: SI NO
Buena salud bucal: SI NO
OBSERVACIONEs: _____
_____
_____

Control Oftalmológico:

Buena visión: SI NO
Usa anteojos: SI NO
OBSERVACIONES :_____
_____
_____
_____

Firma y Sello del Odontólogo
Fecha: ……/……/……

Firma y Sello del Oftalmólogo
Fecha:……../……../……..

***Examen audiometría con informe (Se pide por única vez en el nivel y para nuevos ingresos)**:*

……
……..
……..