



CERTIFICADO DE APTO FISICO

Certifico que DNI N°..... deaños 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):

.....

.....

.....