



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):

.....
.....
.....