



**CERTIFICADO DE SALUD PARA EDUCACIÓN FÍSICA
EDUCACIÓN INICIAL, PRIMARIA Y SECUNDARIA**

Certifico que DNI N° de años de edad, cuya historia clínica queda en mi poder, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y al momento del examen, se encuentra **en condiciones de realizar educación física escolar habitual, que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.**

Peso: Talla: Tensión Arterial:

Carnet de vacunas completo para la edad: SI NO

Indicaciones:

.....

.....

Observaciones/Comentarios:

.....

.....

Fecha: | |

.....
Firma y sello del médico
