



**Colegio Santa Rosa**  
H.H. Dominicas del Ssmo. Nombre de Jesús

**CERTIFICADO DE SALUD**

Certifico que.....DNI N°....., perteneciente a .....(Sala, Grado o Curso) 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 habitual, que corresponde 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:.....

.....  
Firma y sello del médico

Fecha:...../...../.....

**IMPORTANTE:** *El presente certificado de salud deberá ser adjuntado a la ficha médica de ingreso escolar obrante en el legajo del alumno/a.*