



RESOLUCIÓN CONJUNTA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN N° 1647
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA N° 1521
Expediente N° 67-8551/08

CERTIFICADO DE SALUD

Certifico que _____
D.N.I. N° _____ de _____ años
de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado
clínicamente en el día de la fecha, a las _____ hs, encontrándose en
condiciones de concurrir a _____.

No presenta signos ni síntomas de enfermedad infecto-contagiosa.

Esquema de vacunación: Completo _____ Incompleto _____

Peso: _____ Talla: _____ T/A: _____

Observaciones: _____

Salud Bucal: Buena _____ En tratamiento _____

Firma Padre/Madre
o Responsable Legal
D.N.I. N° _____

Firma del
Odontólogo
Fecha _____

Firma del
Pediatra
Fecha _____

CERTIFICADO DE SALUD ESCOLAR

Certifico que _____
D.N.I. N° _____ de _____ años
de edad, cuya Historia Clínica queda en mi poder, ha sido examinado
clínicamente en el día de la fecha, a las _____ hs, encontrándose en
condiciones de realizar actividades escolares, incluidas las propias de la
Educación Física Escolar Curricular, que debe corresponder a su edad, sexo,
grado de maduración y desarrollo.

No presenta signos ni síntomas de enfermedad infecto-contagiosa.

Esquema de vacunación: Completo _____ Incompleto _____

Peso: _____ Talla: _____ T/A: _____

Observaciones: _____

Salud Bucal: Buena _____ En tratamiento _____

Firma Padre/Madre
o Responsable Legal
D.N.I. N° _____

Firma del
Odontólogo
Fecha _____

Firma del
Pediatra
Fecha _____
