



CENDI. \_\_\_\_\_

**AVISO DE SUSPENSIÓN POR ENFERMEDAD**

Sr(a).: _____
Adscrita a: _____
Comunico a usted que su hijo(a): _____
del Grupo de: _____ ha presentado este día, durante su permanencia en el
Centro de Desarrollo Infantil los síntomas siguientes: _____
Diagnostico Probable: _____
Por este motivo procurando el bienestar del niño(a) y de la población escolar de este Centro, debo suspender a su hijo (a), a partir de hoy hasta que <b>restablezca</b> su salud, por lo que deberá asistir a su clínica de adscripción del ISSSTE o con su médico particular.

Observaciones:	_____

<b>PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE</b>	
<b>Estimado Doctor:</b>	
Favor de Indicar sus impresiones diagnósticas: _____	
_____	_____
Nombre y firma del Médico	Sello de la Institución o Cédula Profesional

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la Directora

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Responsable del Área.

**NOTA:** Para el ingreso del niño(a), en caso de ser necesario, se solicitará este formato contestado por el médico tratante y/o copia de la receta médica, así como la valoración del médico del CENDI.

Esta suspensión es válida para el niño del CENDI, por lo tanto no justifica la ausencia de la madre en su Centro de Trabajo.

c.c.p. Expediente del Niño(a).