



**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