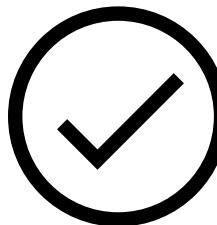


**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE**Apellido y Nombre: **GAMBOA CARI MARLENE**CUIL: **27956196316****DATOS DEL NIÑO O ADOLESCENTE**Apellido y Nombre: **AYVAR GAMBOA AGUSTIN MATIAS**CUIL: **20474558275****EDUCACIÓN****Completo****CONTROL SALUD**

Código del establecimiento de salud [1]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre del establecimiento de salud [1]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de matrícula

 MN MP MM

Apellido y nombre del profesional certificador [1]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de matrícula [1]

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha [1]

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma y sello del profesional certificador

**VACUNACIÓN****Completo**

[1] Los campos del formulario de Libreta AUH deberán completarse con letra imprenta o un número en cada recuadro, según corresponda. No tachar, borrar ni enmendar.