

## CERTIFICADO

El médico que suscribe certifica que paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Presentó un cuadro \_\_\_\_\_

Por lo que:

☐ No puede asistir a clases desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.-

☐ No puede hacer gimnasia desde el \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ -

Se extiende el presente certificado a petición del interesado para los fines que estime conveniente.

\_\_\_\_\_

Médico que certifica

Santiago\_\_\_\_\_