



CERTIFICADO MÉDICO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ Estatura: _____

¿Está el niño(a) en su peso, estatura y sus signos vitales adecuados para su edad? Sí No

Si la respuesta es no, dar sus recomendaciones:

¿Tiene el niño(a) las vacunas necesarias de acuerdo a su edad? Sí No

Historial de enfermedades:

Alergias

Asma

Hemorragias nasales

Hipoglucemia

Diabetes

Alta presión

Dolores de cabeza

Otros: _____

Certifico que el niño(a) _____ está en buenas condiciones físicas para participar en las actividades recreativas del, Verano Inter Metro Juio/Julio 2019

Firma del Médico

Número de Licencia

Nombre en letra de molde

Fecha