



Colegio Puertorriqueño Marinel

Calle José M. Schwartzkoff HG-64 7ma sección
Levittown, Puerto Rico 00949
Tels. 787-784-6481 / 787-795-7130
787-261-0466 / 787-404-9782

Certificado de Salud

Año Escolar: _____

(Médico: Favor utilizar letra de molde.)

Datos del estudiante:

Nombre: _____

Sexo: F M

Estatura: _____ pies _____ pulgadas

Color de ojos: _____

Color de pelo: _____

Condiciones físicas:

Oídos: _____

Vista: _____

¿Usa espejuelos?: sí no

Otros: _____

Certifico que _____ ha sido examinado en el día de hoy encontrándose en buen estado de salud para realizar actividades escolares correspondientes a su grado. No presenta ninguna enfermedad infecciosa ni contagiosa.

En la clase de Educación Física: puede no puede participar de todas las actividades.

Comentarios: _____

Nombre del médico: _____ Fecha: _____

Firma del Médico: _____ Número de licencia: _____