



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Educación

CERTIFICADO MÉDICO

MODALIDAD EDUCATIVA DOMICILIARIA

El día a las horas se presentó a revisión médica
el/la paciente.....

con DNI.....de..... años de edad.

Se certifica que se encuentra con un diagnóstico de.....

.....

y que se encuentra imposibilitado para asistir a la institución educativa desde el

día hasta el día Cantidad de

días: (30 días mínimo).

Observaciones y/o información ampliatoria relativas al diagnóstico:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma, sello y matrícula del Profesional Médico