



CERTIFICADO DE SALUD PARA SEGUIMIENTO, CONTROL MEDICO y APTITUD FÍSICA ESCUELAS EXPERIMENTALES UNT

Institución Educativa:

Año que cursa en Ciclo Lectivo 2025:

Certifico que.....

DNI de..... años de edad, ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y, al momento del examen, se encuentra en condiciones de realizar actividad física escolar o recreativa que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Peso: Talla: Tensión arterial:

ESTADO NUTRICIONAL: Adecuado: Bajo Peso: Sobrepeso:

Observaciones/Comentarios:.....

Carnet de vacunas completo para la edad: Sí..... NO NO PRESENTÓ

Observaciones/Comentarios:.....

Fecha:

.....
Firma y sello del médico