

**CONSTANCIA DE SALUD**

*Deja constancia que,*

Apellido y Nombre

DNI

Edad

ha sido evaluado clínicamente, cuenta con las vacunas obligatorias y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas acorde a su edad, sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de personal idóneo.

A pedido del interesado, padre, madre o responsable legal:

Apellido y Nombre

DNI

extiendiendo y firmando la presente constancia para ser presentada ante autoridades de la escuela:

Escuela

Observaciones

Localidad

Fecha

Firma, sello y matrícula médica

**Sellos y estampillas**

Sello efector público

Estampilla Colegio de Médicos

Estampilla Caja de Arte de Curar

Si el certificado es confeccionado en un efector público debe estar sellado por la institución emisora.  
Si el certificado es realizado en un efector privado debe estar estampillado para que tenga valor legal (Ley 4931 y 12818)