

CERTIFICADO MÉDICO

El que suscribe _____ legalmente
autorizado para ejercer la profesión, con cedula profesional _____; **CERTIFICO** de buena fe y
con datos verídicos a:

Nombre completo: _____

Fecha de Nacimiento: __/__/____ Sexo: _____ CURP: _____

Nombre de la Escuela: _____ Grado: _____

El día: _____ de _____ de _____, certifico que se encuentra:

CLINICAMENTE SANA/O

MEDICIÓN	RESULTADO	
Peso (kg)		
Talla (cm)		
¿Usa lentes?	SI	NO

Apto para realizar actividades físicas de esfuerzo SI _____ NO _____

FIRMA



NOTA: Registre con exactitud la altura: si el niño/a midió ciento treinta y un centímetros con nueve milímetros se anota: 131.9; el peso puede anotarse hasta con dos decimales (por ejemplo, 25.76 kg). Prefiera ropa ligera durante la medición: evitar suéter, chamarra, moños, gorra o peinados altos, con ello mejorará la calidad de la información.