

### 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

SELLO INSTITUCIÓN DE SALUD
----------------------------------

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.