



I.P.E.S. C.O.  
Consejo Provincial de Educación  
Provincia de Santa Cruz

PLANILLA DE CERTIFICACIÓN MÉDICA

Caleta Olivia, \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_.

D.N.I. N° \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_.

Alumno ingresante a la carrera : \_\_\_\_\_.

EXAMEN PSÍQUICO	EXAMEN FÍSICO
APTO (marque con una X) SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	APTO (marque con una X) SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____ _____	OBSERVACIONES: _____ _____ _____ _____ _____

\_\_\_\_\_  
Firma, aclaración y sello del Médico