



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