

INFORME MÉDICO-SANITARIO

D. _____
Médico Colexiado nº _____, con domicilio en
_____.

INFORMA:

Que _____, fillo/a de
_____ y de _____, de _____ años de edad,
con domicilio en _____,
foi recoñecido polo que suscribe, comprobando que está inmunizado,
según as vacinacións establecidas regulamentariamente e non padece
enfermidade infecto-contaxiosa.

Y para que así poida acreditarlo nun Centro de Educación Infantil e
Primaria, a efectos do seu ingreso no mesmo, expido o presente en
_____ a ____ de _____ de 20

(Firma do médico)