



CERTIFICADO DE JUSTIFICACIÓN de Enfermedades, alergias, etc.
Protocolo de actuación (Para tratamientos más de una semana)

Para los tratamientos menores de una semana solo se deberá entregar la conocida autorización de los padres al Servicio Médico para su administración.

Datos del alumno

Apellido 1º:	Apellido 2º:	
Nombre:	Curso:	Grupo:
Teléfono de contacto:		

Especificar y describir la situación

Muy importante: Este Certificado deberá ir acompañado con la documentación médica, etc., necesaria que justifique la situación descrita anteriormente.

Datos prácticos (escriba lo que corresponda):

Fecha de inicio de la situación:	Fecha de finalización:
Tipo de enfermedad:	Tipo de alergia:
Hora de la toma:	
Dieta:	
Tipo y cantidades:	
No puede hacer:	
Otros asuntos a tener en cuenta:	

Observaciones

--

El abajo firmante declara que son ciertos los datos consignados en el Certificado,

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firma del padre/madre/tutor legal: Nombre: _____ DNI: _____ <p style="text-align: center;">Firma</p>
--

Este Certificado y los documentos justificativos debe entregarlos personalmente al Servicio Médico del Colegio San Agustín.