

LOGO DEL CENTRO

## CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: \_\_\_\_\_

Servicio de salud de referencia: Servicio Andaluz de Salud (SAS)

### JUSTIFICANTE MÉDICO DE ASISTENCIA ESCOLAR

#### DATOS DEL ALUMNO/A

Nombre y apellidos

Curso y grupo

Centro educativo

#### DATOS DE LA ASISTENCIA

Fecha

Hora

Centro sanitario

Localidad

Motivo

#### DATOS DEL FACULTATIVO

Nombre y apellidos

N.º de colegiado

El/la facultativo/a que suscribe CERTIFICA que el/la alumno/a el/la paciente arriba indicado/a ha acudido a este centro en la fecha y hora indicadas, lo que motivó su ausencia en el centro educativo.

#### FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO

Fdo.: \_\_\_\_\_

N.º de colegiado: \_\_\_\_\_

#### SELLO DEL CENTRO SANITARIO

(espacio reservado al sello)