



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

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)