



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Servei de Salut de les Illes Balears (IB-Salut)

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)