



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: _____

Servicio de salud de referencia: Servei Català de la Salut (CatSalut)

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)