



CENTRO SANITARIO / CONSULTA

Dirección · Localidad · Teléfono

N.º de referencia: \_\_\_\_\_

Servicio de salud de referencia: Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

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)