



CERTIFICADO MÉDICO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____ Estatura: _____

¿Está el niño(a) en su peso, estatura y sus signos vitales adecuados para su edad? Sí No

Si la respuesta es no, dar sus recomendaciones:

¿Tiene el niño(a) las vacunas necesarias de acuerdo a su edad? Sí No

Historial de enfermedades:

Alergias

Asma

Hemorragias nasales

Hipoglucemia

Diabetes

Alta presión

Dolores de cabeza

Enfermedades Contagiosas

Otros: _____

Certifico que el niño(a) _____ está en buenas condiciones físicas para participar en las actividades recreativas del, SMP Inter Metro (Summer Music Program).

Firma del Médico

Número de Licencia

Nombre en letra de molde

Fecha
