

## Alta Médica

Por la presente, el médico/a actuante certifica que el/la alumno/a

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido

\_\_\_\_\_  
D.N.I.

en el día de la fecha se encuentra libre de enfermedad contagiosa y puede asistir a clases.

Observaciones: \_\_\_\_\_

Salta, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Firma y sello del médico: