

JUSTIFICANTE ASISTENCIA A CONSULTA MÉDICA

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN MATERIA DE ABSENTISMO ESCOLAR
JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA A CONSULTA MÉDICA**

Este documento es confidencial

Nombre y Apellidos del/la usuario/a: _____

Acude acompañado/a de:

- Padres/tutores
- Familiar
- Otros

Días previstos de reposos en domicilio:

- hasta 5
- más de 5

La enfermedad lo incapacita para asistir a clases:

- Sí
- No

Ha permanecido en consulta desde las ____ hasta las ____ del día de hoy.

Dr/Dra.: _____

Chiclana de la Fra., a ____ de _____ de 20

Firma del/la médico/a