**CERTIFICADO UNICO DE SALUD (C.U.S.)**

**A LLENAR POR PROFESIONAL MEDICO MATRICULADO A NIVEL PROVINCIAL - VALIDEZ POR 1 AÑO.**

**PARA INGRESO ESCOLAR, ACTIVIDADES DE EDUCACION FISICA CURRICULARES Y EXTRA CURRICULARES.**

FECHA:....../....../............. D.N.I. Nº:.....................................

Apellido y Nombre:.............................................................................................................................................

Fecha Nacimiento: ...../...../......... Edad:...... .Sexo:..... Lugar de nacimiento:....... .......................

Domicilio:...........................................................................Localidad:..............................Tel:.............................









