

COLEGIO LABARDÉN  
NIVEL INICIAL



**FICHA MÉDICA**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO :** .....

**CONTROL PEDIÁTRICO GENERAL**

Esta ficha será cumplimentada por el médico pediatra. Quien evaluará si es necesario realizar una consulta con especialistas ( oftalmólogo u otorrinolaringólogo).

Fecha	Resultado	Firma y sello médico actuante

**Observaciones:** El médico actuante dejará asentado, si el niño NO puede realizar actividades físicas.

.....  
.....  
.....

**CONTROL BUCODENTAL**

Cumplimentado por el odontólogo o pediatra

Fecha	Resultado	Firma y sello médico actuante

**Observaciones:** .....

.....