

COLEGIO LABARDÉN  
NIVEL PRIMARIO



**Controles médicos 1er. grado 2018**

Nombre y apellido del alumno: ..... Grado: .....

**CONTROL VISUAL**

Fecha	Diagnóstico	Firma y sello médico actuante

Observaciones: .....  
.....

**CONTROL AUDITIVO (Audiometría obligatoria )**

Fecha	Diagnóstico	Firma y sello médico actuante

Observaciones: .....  
.....

**CONTROL BUCODENTAL**

Fecha	Diagnóstico	Firma y sello médico actuante

Observaciones: .....  
.....