

D. _____ Médico _____ con exercicio en
Cedeira, colexiado nº _____ na provincia de A Coruña.

F A G O C O N S T A R

Que _____, nacido/a o _____
e domiciliado/a en _____, concello de Cedeira, non
padece enfermidade transmisible nin defecto físico ou psíquico incompatible
coa escolarización, e que

Ten recibido tódalas vacinacións establecidas.

_____,
Cedeira, ____ de ____ de 20 ____

(sinatura do médico)