

# INFORME MÉDICO SANITARIO

D. \_\_\_\_\_

médico colexiado n.º \_\_\_\_\_

INFORMA:

Que o neno/a \_\_\_\_\_

foi recoñecido, polo abaixo asinante, tendo comprobado que:

- ✓ **ENFERMIDADES INFECTO-CONTAXIOSAS:**
  
- ✓ **DEFICIENCIAS VISUAIS:**
  
- ✓ **DEFICIENCIAS AUDITIVAS:**
  
- ✓ **ENFERMIDADES OU LIMITACIÓNS DISTINTAS DAS RESEÑADAS:**

O que fago constar a efectos de **MATRÍCULA ESCOLAR.**

Vigo, de \_\_\_\_\_ do 20

Asdo.: \_\_\_\_\_