



INFORME MÉDICO SANITARIO

D _____, médico colegiado

Número _____

INFORMA:

Que o neno / nena _____, foi recoñecido polo que suscribe comprobando que:

* **ENFERMIDADES INFECTO-CONTAXIOSAS:**

* **ESTADO INMUNITARIO:**

* **DEFICIENCIAS VISUALES:**

* **DEFICIENCIAS AUDITIVAS:**

* **ENFERMIDADES OU LIMITACIONES DISTINTAS DAS RESEÑADAS:**

O que informo a efectos de formalización de MATRÍCULA ESCOLAR.

En Vigo a _____ de _____ de 20____