



**CERTIFICADO MÉDICO DA PERSOA CÓNIXUXE ACOMPAÑANTE**  
PR926F - REENCONTROS DE LECER

**DATOS DA PERSOA FACULTATIVA**

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	Nº COLEXIADO/A
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ESPECIALIDADE			
<input type="text"/>			

**CERTIFICA QUE**

D/Dª

necesita seguir este tratamento:

debido a:

e que é válido/a por si mesmo/a, non padece trastornos psicofísicos que alteren a normal convivencia e está en condicións de realizar unha viaxe e participar en actividades de lecer

**SINATURA DA PERSOA FACULTATIVA**

Lugar e data

,  de  de