



**CERTIFICADO MÉDICO DO/DA FILLO/A DEPENDENTE**  
PR926F - REENCUNTROS 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