



AYUNTAMIENTO

DE

BEMBIBRE

(LEON)

DATOS DEL NIÑO O NIÑA

Según consta en _____ el/la niño/a _____
_____ hijo/a de _____
y de _____ nacido en _____
_____ el día _____ de _____ del año _____

EL FUNCIONARIO:

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN (Servicios Médicos Oficiales)

Por medio de la presente CERTIFICO que el/la niño/a _____
_____ arriba indicado/a, se halla vacunado
contra _____

Y para que conste a efectos escolares, firmo la presente en
Bembibre a _____ de _____ del año _____

EL MÉDICO TITULAR:

Fdo. _____

Colegiado nº _____

EMPADRONAMIENTO:

Salvo causas debidamente justificadas, sírvase Vd. Admitir
en el Centro Escolar de su Dirección, al/a la niño/a arriba
indicado/a, de _____ años de edad, el/la cual se halla
empadronado/a en este municipio con domicilio en _____
_____, núm. _____, piso _____
Bembibre, _____ de _____ del año _____

EL ALCALDE:

Sr/a. DIRECTOR/A DEL COLEGIO _____
BEMBIBRE