

5ºA

29 07 25
DIA MES AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) _____

Sofía Poyas Silva

quién presenta el

diagnóstico de _____

Gastroenteritis

, por lo que debe guardar reposo por 03 días, a contar del 28/07/25

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser
presentado en mi Colegio

Atentamente,

Dr. Hans Oppermann Soza

Médico Familiar

Rut: 7.008.787-1

FIRMA