

2ºA
04 11 22
DÍA MES AÑO

Certifico haber atendido al Sr. (ta) Moemi Catedral

Silva quién presenta el
diagnóstico de Control de salud

, por lo que debe guardar reposo por 1 días, a contar del 9 / 11 / 22

Se otorga el siguiente certificado, a petición del interesado, para ser
presentado en m colegio

Atentamente,

Dra. M. PACIA SILVA SCHW.
Pediatra
Rut: 9.410.035-8



FIRMA