



UMCE

VICERRECTORÍA ACADÉMICA
SUBDEPARTAMENTO DE ADMISIÓN Y REGISTRO CURRICULAR

CERTIFICADO DE SALUD COMPATIBLE

El/la médico que suscribe _____

Registro Colegio Médico N°: _____ certifica que el/la paciente
_____ Rut: _____

presenta salud compatible para desarrollar las actividades inherentes a la carrera de:

<input type="checkbox"/>	Licenciatura en Educación y Pedagogía en Educación Física, Deportes y Recreación
<input type="checkbox"/>	Licenciatura en Educación y Pedagogía en Artes Escénicas con mención en Danza o Teatro
<input type="checkbox"/>	Licenciatura en Educación y Pedagogía en Música
<input type="checkbox"/>	Licenciatura en Música y Dirección de Agrupaciones Musicales e Instrumentales

(Marque con una "x" la casilla que corresponda)

Nombre, Firma y Timbre del/la Médico

Ciudad: _____, fecha: _____