

**ANEXO II. INFORME MÉDICO**

D.D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con n<sup>o</sup> de colegiado  
\_\_\_\_\_ facultativo/a del

Servicio de \_\_\_\_\_

Del centro sanitario \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

**INFORMO:**

**Que debido a la enfermedad (especificar diagnóstico y circunstancias que impiden la asistencia al centro escolar)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

que presenta el alumno/a  
\_\_\_\_\_, no puede asistir al  
centro escolar y estimo que previsiblemente la duración de la convalecencia  
en su domicilio estará comprendida entre \_\_\_\_\_ hasta  
\_\_\_\_\_

**Cuando la causa de la convalecencia se relacione con patologías de salud mental, este documento deberá acompañarse de un informe complementario de los servicios especializados donde se incluya el tratamiento y atención que recibe el alumno/a.**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Fdo.: \_\_\_\_\_