



# COLEGIO CENTRAL

## FILTRO SANITARIO ESCOLAR

NOMBRE DEL PADRE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

INFORMO QUE MI HIJA/O: \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

Asiste al Colegio habiendo verificado lo siguiente:

	SI	NO
Se lavó las manos antes de salir de casa		
Presenta algún cuadro de gripa		
Presenta fiebre		
Tos seca		
Dolor de cabeza		
Cuerpo cortado		

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR