



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