



FUNDACIÓN
JUAN PABLO II

ACREDITACION GASTOS SALUD

Del Medico Dr: _____

Nº I.C.M: _____

Fechas: _____

Certifico que el Sr (A) _____ (Padre, Madre
Hermano(a), alumno(a), está en tratamiento médico por ser portador de (Diagnostico que
corresponda):

MEDICAMENTOS DE USO PERMANENTE

EXAMENES PERIODICOS

Fecha: _____

FIRMA Y TIMBRE MEDICO TRATANTE

Documentos a adjuntar en la ficha D. Consultas y exámenes.

Para ser presentado a la postulación de la beca de la Fundación Juan Pablo II