Gobierno de Chile
gob.cl

Chile crece contigo
Protección Integral a la Infancia

CERTIFICADO DE ATENCIÓN

Certifico que don:

.....

.....

RUN: .....

asistió el día ..... de ..... 20 .....

a: .....

de su hijo(a): .....

Fecha de Nacimiento: .....

Centro de salud: .....

.....

.....

Firma y timbre de Centro de Salud