

## **ANEXO 3 CASO ESPECIAL ENFERMEDAD GRAVE HIJO/A MENOR ENTRE LOS 2 a 6 AÑOS DE EDAD.**

## **CERTIFICADO**

**CERTIFICADO**

Yo, \_\_\_\_\_

Médico con especialidad en Pediatría, certifico atender a la/el niña/o (nombre completo): \_\_\_\_\_  
cédula de  
identidad: \_\_\_\_\_, fecha nacimiento: \_\_\_\_\_, quien es hija/o de \_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad  
Nº \_\_\_\_\_, con el objeto de dar cumplimiento al beneficio establecido en el artículo  
203 del Código del Trabajo, informo que la/el niña/o padece de (diagnóstico confirmado o en estudio)

La cual le impide ser atendida/o en Jardín Infantil por un período de (completar como mínimo la imposibilidad de asistencia durante el año 2026 e indicarlo):

Y que la enfermedad que da paso a esta solicitud, se encuentra considera como GRAVE de acuerdo al facultativo médico. (Marcar con una x si corresponde)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Por esta razón, la/el niña/niño debe ser cuidada/o en su domicilio.

Fecha atención médica:

Dirección lugar de atención:

Nombre, firma, timbre médico tratante:

Digitized by srujanika@gmail.com