



**ANEXO VIII**

(SÓLO LÍNEA B)

**INFORME MÉDICO SOBRE PREVISIÓN DE LA DURACIÓN DE LA  
CONVALENCENCIA CURSO 2023-2024.**

D./Dña. \_\_\_\_\_, con número de colegiado \_\_\_\_\_  
, que desempeña sus funciones en el centro sanitario \_\_\_\_\_ del Municipio  
\_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_

**INFORMO**

Que debido a la enfermedad (especificar diagnóstico y circunstancias que impiden la asistencia al centro escolar) \_\_\_\_\_ que  
presenta el alumno/a \_\_\_\_\_ se encuentra incapacitado  
para asistir al centro escolar y estimo que previsiblemente, la duración de la convalecencia en su domicilio estará  
comprendida entre \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

Observaciones (especificar, en su caso, si la persona que realice el apoyo domiciliario debe guardar alguna medida  
sanitaria específica):

\* Cuando la causa de la baja se relacione con patologías de salud mental este documento deberá acompañarse  
de un informe complementario de los servicios especializados en salud mental donde se incluya el tratamiento y atención  
que recibe el alumno.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Sello del colegiado

**Sello de la Institución sanitaria**

