*Fecha: dí,a mes y año*

*Localidad: Municipio, Estado y país*

*Fotografía del menor vigente no mayor a 90 días*

*Firma o sello del médico u hospital*

Secretaría de Relaciones Exteriores

PRESENTE

Quien suscribe la misiva otorga fe y legalidad de la identidad del menor \_\_\_\_\_\_\_*nombre completo del menor* \_\_\_\_\_\_\_ quien se plasma en fotografía en este mismo documento y que actualmente tiene \_\_\_\_\_\_\_ años de edad. Haber nacido en *\_\_\_\_municipio estado y entidad hospitalaria\_\_\_\_\_*, y quien vive bajo la tutela de sus padres los señores:

\_\_\_\_\_\_*\_nombre completo de los padres o tutores legales del menor* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El menor ha estado bajo los cuidados y seguimientos médicos de su servidor desde la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y actualmente cuenta con su cartilla de vacunación vigente y un estado de salud optimo para viajar sin restricción alguna.

Se extiende la presente a favor del interesado y para los fines que a el convenga.

atentamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico tratante

Especialidad médica

numero de cedula profesional

datos de contacto