



**CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO PARA PACIENTES MENORES DE EDAD**  
**DE SERVICIO DE OPTOMETRÍA**

D./Dña .....  
óptico-optometrista con nº de colegiado/a ..... y DNI.....  
con ejercicio en .....  
en la calle ..... de  
..... (CP.....)

**CERTIFICA**

Que ..... tiene visita en nuestro servicio  
de optometría el día ..... de ..... de 2020 a las ..... horas.

Por ser menor vendrá acompañada/o por .....

Así lo hago constar a los efectos que corresponda a ..... de .....  
de 2020.

**Firma y sello establecimiento**