

Ficha de salud

Niveles INICIAL Y PRIMARIO
Ciclo Lectivo 2024

Completar y entregar **ORIGINAL + 1 FOTOCOPIA**

Sin la presente ficha, a partir del primer día de clase, el alumno/a no podrá realizar actividad física.

Apellido y Nombres:			
Fecha de nacimiento:	Edad:	D.N.I.	Grado/Sala:
Dirección:		Grupo sanguíneo:	
Teléfono particular:		Otros teléfonos:	
Obra social:		Nro. Socio:	
¿Padece o padeció algunas de las siguientes enfermedades?			
Metabólicas-Diabetes:		Sarampión:	
Cardiopatías congénitas:		Mononucleosis infecciosa:	
Cardiopatías infecciosas:		Desviación de columna:	
Hernias inguinales-cruales:		Pie plano:	
Hepatitis		Esguince o luxación:	
Parotiditis:		Fracturas:	
Epilepsia:		Convulsiones:	
Asma:		Alergias:	
Operaciones:			
¿Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios?			
¿Se desmayó alguna vez durante la actividad física?			
¿Padece alguna enfermedad crónica?			
¿Tiene las vacunas completas?			
Otra situación determinada por el médico:			
(adjuntar nota si es necesario)			

*** SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.**

.....
.....

► A completar, firmar y sellar por el MÉDICO:

Certifico que

.....se encuentra

(Apellido y nombre del alumno)

.....para realizar Educación Física escolar durante el **año lectivo 2024.**

(APTO / NO APTO)

Firma/ sello del médico: _____

(Adjuntar certificado médico si fuese necesario)

► A completar por los PADRES:

El Colegio cuenta con el servicio de urgencias de Sanidad Educativa de Gestión Privada.
Así mismo, en caso de emergencia, autorizo el traslado de mi hijo a un hospital o sanatorio dispuesto por el servicio médico con el que cuenta la Institución.

Certifico que me encuentro en conocimiento acerca del estado de salud de mi hijo/a.

Fecha:

Firma del Padre/madre o tutor:

D.N.I:

Aclaración: