



Ficha de salud - Año lectivo 2024

Completar en LETRA IMPRENTA - Entregar ORIGINAL y FOTOCOPIA + FOTOCOPIA carnet OBRA SOCIAL
Fecha de entrega: 18 DE MARZO

Apellido y nombre:		Curso:	Div:
Fecha de nacimiento:	Edad:	D.N.I	Grupo sanguíneo:
Dirección:			
Teléfono particular:	Otro teléfono 1:	Otro teléfono 2:	
Celular 1:	Celular 2:	Celular 3:	
Obra social / Prepaga:		Nro. afiliado:	
¿Padece o padeció algunas de las siguientes enfermedades? responder SI - NO aclarando si es necesario			
Metabólicas-Diabetes:	Anemias:		
Cardiopatías congénitas:	Mononucleosis infecciosa:		
Cardiopatías infecciosas:	Desviación de columna:		
Hernias inguinales-crurales:	Esguince - luxación o fracturas:		
Hepatitis	Asma:		
Parotiditis:	Convulsiones:		
Epilepsia:	Alergias:		
¿Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios?			
¿Se desmayó alguna vez durante la actividad física?			
¿Padece alguna enfermedad crónica?			
Otra situación determinada por el médico: (adjuntar nota si es necesario)			

AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

Autorizo a mi hijo/a _____ Curso _____ división _____
a realizar durante el ciclo lectivo 2024 todas las actividades físicas propuestas por el colegio.

Los que suscriben, en la eventualidad de asistencia médica, AUTORIZAN al facultativo interviniente a adoptar los recaudos profesionales que considere convenientes. El Colegio cuenta con el servicio de urgencias de Sanidad Educativa de Gestión Privada. A su vez quienes aquí firman se comprometen a dar aviso inmediato de cualquier cambio en la condición de salud del alumno haciéndose responsable/s de las omisiones que hubieran incurrido al cumplimentar la presente ficha de salud.

Firma OBLIGATORIA de AMBOS PROGENITORES /RESPONSABLES PARENTALES

Progenitor _____ DNI _____ Aclaración _____

Progenitor _____ DNI _____ Aclaración _____

Tutor _____ DNI _____ Aclaración _____

► A completar, firmar y sellar por el MÉDICO:

Certifico que _____
(Nombre y apellido del alumno)
se encuentra _____ para realizar Educación física escolar durante el año lectivo 2024
(APTO - NO APTO)

Firma/ sello del médico: _____