



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 y a ser trasladados mediante el transporte escolar contratado por la Institución al campo de deportes del Colegio Sta. Joaquina sito en calle Italia 2868 – San Miguel – en la Pcia. de Buenos Aires.

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: _____

