



## Ficha de salud - Año lectivo 2022

Completar en **LETRA IMPRENTA** - Entregar **ORIGINAL y FOTOCOPIA + FOTOCOPIA CARNET OBRA SOCIAL**  
Fecha de entrega: Antes del 21 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:	
<b>¿Padece o padeció algunas de las siguientes enfermedades? responder SI - NO aclarando si es necesario</b>			
Metabólicas-Diabetes:		Anemias:	
Cardiopatías congénitas:		Mononucleosis infecciosa:	
Cardiopatías infecciosas:		Desviación de columna:	
Hernias inguinales-cruales:		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 2022 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 2022  
(APTO - NO APTO )

Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_