



Ficha de salud - Año lectivo 2026

Completar en LETRA IMPRENTA - Entregar ORIGINAL y FOTOCOPIA + FOTOCOPIA del carnet OBRA SOCIAL
Fecha de entrega: 20 de MARZO

Apellido y nombre:		Curso:	Div
Fecha de nacimiento:	Edad:	D.N.I	
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 fractura
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 corriente ciclo lectivo todas las actividades físicas propuestas por el colegio y a ser trasladados mediante el transporte escolar contratado por la Institución al campo de deportes (Club de Deportes del Círculo Policía Federal (ANEXO), Sito en Santiago de Calzadilla 1350 y Av. Lugones, CABA.

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 presente año lectivo
(APTO - NO APTO)

Firma/ sello del médico: _____