



FICHA MEDICA

Apellido y Nombre: _____

Año _____ División: _____ DNI: _____ Fecha Nac: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Cel Padre: _____ Cel Madre: _____

Obra Social / Prepaga _____ Carnet N°: _____

ANTECEDENTES MEDICOS:

Es alérgico: SI - NO a qué? _____

Toma algún medicamento: _____

Tiene vigente la vacuna antitetánica: SI - NO

Ha sufrido alguna intervención quirúrgica: SI - NO (en caso afirmativo detallar)

Ha sufrido alguna fractura, esguince, problema óseo y muscular: SI - NO

Ha sufrido algún episodio de epilepsia o desmayo: SI - NO (en caso afirmativo detallar)

Se encuentra bajo algún tratamiento odontológico (detallar)

Observaciones: _____

De ser necesario autorizo a que mi hijo/a sea atendido por el Servicio Médico de Emergencias contratado por el Instituto.

PARA PODER TOMAR LAS CLASES DEBERAN ENTREGAR ESTA FICHA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA, JUNTAMENTE CON CONSTANCIA DE APTITUD FÍSICA PARA HACER ACTIVIDAD CON LA FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUTORIZANTE, SIN EL MISMO EL ALUMNO SERÁ CALIFICADO COMO AUSENTE.

DECLARO que los datos consignados en la presente FICHA MEDICA revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA y se ajustan a la realidad. Así mismo, me comprometo a mantener actualizados en caso de variación de los mismos.

Por la presente autorizo a mi hijo _____ de _____ año, turno _____ a concurrir a contraturno, a las clases de Educación Física en los espacios propios y/o arrendados por el colegio. Siendo el traslado hasta y desde el mismo, bajo nuestra exclusiva cuenta y responsabilidad.

Firma PADRE

Aclaración

DNI

Firma MADRE

Aclaración

DNI

C.A.B.A. _____ de _____ de 20 _____

CONSTANCIA DE APTITUD FISICA

Se deja constancia que _____ DNI: _____

Se encuentra en buen estado de salud y apto para realizar actividades escolares y deportivas propias de la educación física escolar curricular, que corresponden a su edad, grado de maduración y desarrollo, supervisado por personal idóneo.

FIRMA y SELLO DEL MEDICO