



FICHA DE SALUD - CICLO LECTIVO 2024

Datos Personales:

Apellido y Nombre
Dirección Localidad.....
Tel. Part. Grupo Sanguíneo.....
Fecha de Nac. D.N.I.
Obra Social o Prepaga Nº de afiliado.....
En caso de emergencia: llamar a: Parentesco
T.E. Celular.....
Derivar a

Antecedentes de salud

Alergias: si / no a que
Enfermedades o problemas médicos que padece o padeció en los últimos 2 meses:
.....
Recibe tratamiento médico? SI NO Cual?
.....
Tiene algún impedimento físico? SI NO Cual?
.....

	SI	NO		SI	NO
Mononucleosis			Diabetes		
Asma			Hepatitis		
Cardiopatías congénitas			Hernias		
Cardiopatías infecciosas			Hipertensión arterial		
Cifosis			Malformac. Congénitas		
Lordosis			Meningitis		
Escoliosis			Parálisis		
Distrofias musculares			Pie plano		
Epilepsias			Prob. Renales		
Convulsiones febriles			Trastornos del lenguaje		
Disritmias			Trastornos auditivos		

En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems anteriormente mencionados, enviar por escrito y/o certificado médico explicando la situación.

Tomo conocimiento que mi hijo/a de año..... participará en las clases de Educación física, donde realizará ejercitaciones y actividades acorde a su sexo y edad, y a los lineamientos curriculares vigentes.
A su vez me comprometo a presentar dentro de los 15 días siguientes a la entrega de esta ficha el **CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA** y a notificar cualquier cambio o situación que altere la normal participación en clase de mi hijo/a.
Por cuestiones de seguridad, los/as alumnos/as no deben asistir a clases con aritos, piercings, pulseras, collares ni otros adornos que pongan en peligro su integridad física y la de sus compañeros.

Firma

Aclaración

Parentesco