

**INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN**

Departamento de Educación Física – Nivel Primario

PRIMERO – SEGUNDO – TERCER GRADO**Completar en LETRA IMPRENTA - Entregar ORIGINAL y FOTOCOPIA + FOTOCOPIA carnet OBRA SOCIAL**
Fecha de entrega: 6 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-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 2023 todas las actividades físicas propuestas por el colegio.

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 2023
(APTO - NO APTO)

Firma/ sello del médico: _____