



INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN
Departamento de Educación Física – Nivel Secundario
CUARTO – QUINTO – SEXTO – SÉPTIMO GRADO

Completar en **LETRA IMPRENTA** - Entregar **ORIGINAL y FOTOCOPIA + FOTOCOPIA** carnet **OBRA SOCIAL**
Fecha de entrega: antes del 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 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 2023
(APTO - NO APTO)

Firma/ sello del médico: _____