|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| escudo04INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DEL SAGRADO CORAZÓN  Departamento de Educación Física – Nivel Primario 1º 2º y 3º Grados | | | | | | | | |
| **Ficha de salud -** Año lectivo **2021** | | | | | | | | |
| Completar en **LETRA IMPRENTA** - Entregar **ORIGINAL y FOTOCOPIA + FOTOCOPIA** carnet **OBRA SOCIAL**  FECHA DE ENTREGA 15/3/2021 | | | | | | | | |
| 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-crurales: | | | | Esguince - luxación o fractutas: | | | | |
| 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 2021 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 2021

(APTO - NO APTO)

**Firma/ sello del médico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_