

**Datos del Alumno/a**

- Nombre y Apellido del alumno/a: .....
- Domicilio: calle ..... N° ..... Localidad: .....
- Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... Lugar de Nacimiento: .....
- Teléfono: ..... DNI: .....
- Edad: ..... Talla: ..... Peso: .....
- Grupo y factor sanguíneo: .....

**Antecedentes Personales (marque con una cruz)**

<b>Enfermedades</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Desmayos		
Cardiopatías congénitas		
Alergias		
Convulsiones		
Epilepsia		
Asma		
Diabetes		

<b>Ha padecido recientemente</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Hepatitis (60 días)		
Sarampión (30 días)		
Parotiditis (30 días)		
Mononucleosis infecciosa (30 días)		
Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro , muñeca (30 días)		

- ¿Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuales:

/ .....  
/ .....

**IMPORTANTE:**

En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems señalados precedentemente, deberá presentar conjuntamente con el formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si, en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no, para efectuar actividad física.

**OBSERVACIONES:** .....

.....  
.....  
.....

Firma y aclaración de padre - tutor .....

Firma y aclaración de madre - tutora .....