

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: _____
- Temperatura corporal habitual: Tuvo COVID-19 (marque con una cruz) SI NO

Antecedentes Personales (marque con una cruz)

Enfermedades	SI	NO
Desmayos		
Cardiopatías congénitas		
Alergias		
Convulsiones		
Epilepsia		
Asma		
Diabetes		

Ha padecido recientemente	SI	NO
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, Aclaración y DNI
ALUMNO

Firma, Aclaración y DNI
MADRE / RESPONSABLE

Firma, Aclaración y DNI
PADRE / RESPONSABLE