



Colegio Martín y Omar

FICHA DE SALUD Y APTITUD FÍSICA ESCOLAR

3° A 6° AÑO ESCUELA PRIMARIA Y 1° A 6° AÑO ESCUELA SECUNDARIA - 2022

Apellido y Nombre del alumno/a: Curso/año/sala:
Fecha de nacimiento: D.N.I.: Tel.:
Apellido y Nombre de la madre:
Tel. laboral: Celular:
E-mail:
Apellido y Nombre del padre:
Tel. laboral: Celular:
E-mail:
(IMPORTANTE: ENTREGAR ESTA FICHA DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE CLASES)

ANTECEDENTES MÉDICOS

Ob. Social: N° Afil.: Grupo Sanguíneo:
¿Tiene alguna alteración visual?
SI NO ¿Cuál?
¿Tiene alguna alteración auditiva?
SI NO ¿Cuál?
¿Tiene algún tipo de alergia?
SI NO En caso afirmativo describa a que y como se manifiesta:
¿Está recibiendo algún tratamiento médico?
SI NO ¿Cuál?
¿Presenta alguna limitación física?
SI NO ¿Cuál?
(En caso afirmativo presentar certificado médico especial)
Algún otro problema de salud para mencionar

IMPORTANTE: *SOLO PARA SECUNDARIA*, A PEDIDO DE INSPECCIÓN DEBERÁN TRAER UN CERTIFICADO BUCODENTAL EMITIDO POR SU ODONTÓLOGO. FECHA LÍMITE SEMANA DEL 9 AL 20/5.

EN CASO DE RESPONDE AFIRMATIVO EN ALGUNO DE LOS ITEMS ANTERIORES SOLICITAMOS ENTREGAR A LA BREVEDAD EL CERTIFICADO MÉDICO DEL ESPECIALISTA CON LAS INDICACIONES QUE CORRESPONDIECEN.

Si el alumno/a tiene algún problema de salud a donde prefiere que lo trasladen

LA TOTALIDAD DE LOS DATOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y SE COMPROMETE A COMUNICAR AL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER MODIFICACIÓN SOBRE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE CON LA CORRESPONDIENTE ACTA EN SECRETARÍA.

Firma del responsable

Aclaración

Lugar y fecha

ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL
CARNET DE LA OBRA SOCIAL



Colegio Martín y Omar

Nombre y Apellido del Alumno/a:

Curso/año/división:

CICLO LECTIVO 2022

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA

El alumno/a se encuentra apto para realizar con esfuerzo cardiovascular:

- Actividad física escolar
- Encuentros recreativos
- Torneos escolares

Observaciones:

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

Fecha y lugar

Firma y sello del médico