

FICHA DE SALUD Y APTITUD FÍSICA ESCOLAR

1° y 2° año ESCUELA PRIMARIA – 2026

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:

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

Nota: los alumnos/as de 1° año E.P. deberán presentar en secretaría fotocopia de la libreta de vacunación con las vacunas al día.

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

NOTA: LOS ALUMNOS/NAS DE 1° AÑO E.P. DEBERÁN PRESENTAR UN CONTROL OFTALMOLÓGICO Y AUDITIVO ANTES DEL 10 DE ABRIL DEL PRESENTE AÑO.



Nombre y Apellido del Alumno/a:

Curso/año/división:

CICLO LECTIVO 2026

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DE CABECERA

El alumno/a se encuentra apto/a para realizar actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo.

Observaciones:

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

Fecha y lugar

Firma y sello del médico

ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL