

FICHA DE SALUD Y APTITUD FÍSICA ESCOLAR

3° A 6° AÑO ESCUELA PRIMARIA Y 1° A 6° AÑO ESCUELA SECUNDARIA – 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

.....

.....

IMPORTANTE: SOLO PARA SECUNDARIA, A PEDIDO DE INSPECCIÓN DEBERÁN TRAER UN CERTIFICADO BUCODENTAL EMITIDO POR SU ODONTÓLOGO. FECHA LÍMITE SEMANA DEL 4 AL 8/5.

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



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 para realizar con esfuerzo cardiovascular:

- Actividad física escolar
- Encuentros recreativos
- Torneos escolares

Observaciones:

.....

.....

.....

Fecha y lugar

Firma y sello del médico

ADJUNTAR FOTOCOPIA DEL CARNET DE LA OBRA SOCIAL