COLEGIO MARTIN Y OMAR

FICHA DE SALUD Y APTITUD FÍSICA ESCOLAR
1° y 2° año ESCUELA PRIMARIA – 2024

Apellido y Nombre del alumno: ……... 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/nas de 1º 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 1º AÑO E.P. DEBERÁN PRESENTAR UN CONTROL OFTALMOLÓGICO Y AUDITIVO ANTES DEL 12 DE ABRIL DEL PRESENTE AÑO.

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