



**FICHA DE SALUD Y APTITUD FÍSICA ESCOLAR**

**3° A 6° AÑO ESCUELA PRIMARIA Y 1° A 6° AÑO ESCUELA SECUNDARIA - 2024**

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 6 AL 10/5.**

**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



Nombre y Apellido del Alumno/a: .....

Curso/año/división: .....

**CICLO LECTIVO 2024**

**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