INSTITUTO LA SALETTE (A-479)
Roque Pérez 4334. CABA. T:E: 4542-2389

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE:……..GRUPO SANGUÍNEO: ……

DNI:…….. ..... FECHA DE NACIMIENTO:……/……../…….....

OBRA SOCIAL:……..... T.E. DE EMERGENCIAS:…….....

AUTORIZACIÓN

Los que suscriben:……
(Nombre y Apellido completos y DNI)

Del alumno:……Sala/Gr./Año:……..
del **Instituto La Salette (A-479),** toma conocimiento y autoriza que su hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad, y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes para el **Nivel Inicial, Primario y Secundario.** Esta autorización alcanza también a las actividades extraprogramáticas, entrenamientos de equipos representativos y las competencias intercolegiales a las que el /la alumno/a es convocado para representar el colegio.

.....	……	……
Firma del padre	Firma de la madre	Firma del tutor/a
DNI……..	DNI……	DNI…….

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con una cruz)

Procesos inflamatorios		Sarampión		Escarlatina	
Procesos infecciosos		Varicela		Meningitis	
Cardiopatías infecciosas		Tos convulsiva		Asma	
Cardiopatías congénitas		Paperas		Problemas Neurológicos	
Hernias		Otitis		Reumatismo	
Bronco-espasmos		Sinusitis		Celíaco	
Mononucleosis		Covid19		Otras:	

ANTECEDENTES MÉDICOS

Operaciones:…….

Traumatismos/fracturas:…….....

¿Es alérgico?..... A qué?..... .....

¿Está en tratamiento?..... .....

¿Padece de diabetes?..... ¿Tiene problemas de coagulación?.....

¿Toma alguna medicación?.....¿Cuál/es?..... .....

¿Tiene las vacunas actualizadas? ..... (Adjuntar fotocopia de las mismas)

Se encuentra <u>APTO</u> para desarrollar la actividad de Educación Física y Deportes: <u>SI</u> <u>NO</u> (tachar lo que no corresponde)

Observaciones:…….

……..

Lugar y Fecha:……. …….
Firma del médico. Sello y aclaración