



INSTITUTO LA SALETTE (A-479)

Roque Pérez 4334. CABA. T: E: 4542-2389

FICHA MÉDICA

DATOS DEL ALUMNO/A

APELLIDO Y NOMBRE:	D.N.I.:
SALA/GRADO/CURSO:	FECHA DE NACIMIENTO:
OBRA SOCIAL:	GRUPO SANGUÍNEO:
T.E. EN CASO DE EMERGENCIAS:	

AUTORIZACIÓN

El que suscribe,, D.N.I., padre madre o tutor/a del alumno/a arriba mencionado, toma conocimiento y autoriza a que su hijo/a, a que realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad, y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes para el Nivel Inicial, Primario o Secundario. Esta autorización alcanza también a las actividades extraprogramáticas, entrenamientos de equipos representativos y las competencias intercolegiales a las que el /la alumno/a sea convocado para representar al colegio.

.....

Firma

.....

Relación con el alumno
Padre, madre, tutor/a

ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con una cruz)

Procesos inflamatorios	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	Escarlatina	<input type="checkbox"/>
Procesos infecciosos	<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías infecciosas	<input type="checkbox"/>	Tos convulsa	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías congénitas	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>
Hernias	<input type="checkbox"/>	Otitis	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
Bronco-espasmos	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Celiaquía	<input type="checkbox"/>
Traumatismos/fracturas	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Covid19	<input type="checkbox"/>	Problemas de coagulación	<input type="checkbox"/>
Operaciones invalidantes	<input type="checkbox"/>	¿Es alérgico? ¿A qué?			

OTROS DATOS MÉDICOS IMPORTANTES

¿Está en tratamiento médico actualmente?.....

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

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

Se encuentra APTO para desarrollar la actividad de Educación Física y Deportes:

SI NO
(tachar lo que no corresponde)

Observaciones:

Lugar y Fecha:

.....
Firma y sello del médico/a