

FICHA MÉDICA - Escuela Generación del Futuro

Sin el **apto físico** no podrá realizar Educación Física ni concurrir al Campo de deportes por lo tanto no podrá ser calificado.

APELLIDO Y NOMBRE : _____
 TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD _____ SEXO _____
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES _____
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A _____ TEL _____
 GRUPO SANGUÍNEO _____ FACTOR (Rh) _____
 OBRA SOCIAL: _____ SOCIO n° _____ TE _____

• **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con un círculo)

Sarampión Otitis..... Escarlatina..... Celíaco Varicela Bronquitis..... Meningitis..... Epilepsia.....
 Tos convulsiva..... Hernias..... Asma..... Paperas..... Sinusitis..... Problemas neurológicos.....
 Cardiopatías..... Diabetes..... Reumatismo

OTRAS: _____

• **ANTECEDENTES DE INTERÉS**

Operaciones: _____

Traumatismos / fracturas _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre de diabetes? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

• **SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBE REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:** _____

ACLARACIÓN: Además de APTO FÍSICO, deberán presentar certificados de :

- BUCO – DENTAL
- AGUDEZA VISUAL
- AUDIOMETRÍA

Todos con fecha, 20..... y hasta el mes de **FEBRERO – MARZO**.

Buenos Aires:

Certifico haber examinado aD.N.I.

Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades de la Escuela.....

Buenos Aires..... del mes de de 20.....

.....
 Firma del profesional

.....
 Sello aclaratorio y n°. de matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Así mismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

.....
 Firma del padre / madre / tutor

.....
 Aclaración