



FICHA MEDICA Ciclo lectivo 2017

APELLIDO Y NOMBRE: _____ GRADO: _____
 TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO: _____
 FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ EDAD: _____ SEXO: _____
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ (indicar el parentesco) Tel:
 _____ (indicar el parentesco) Tel:
 GRUPO SANGUÍNEO: _____ FACTOR Rh: (_____)
 OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N°: _____
 Tel:

- ◆ VACUNAS (consta en el legajo del alumno)
- ◆ AGUDEZA VISUAL (**ADJUNTAR CERTIFICADO – ALUMNOS DE 1º GRADO**)
- ◆ ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo)

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

OTRAS:

• ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____
 Traumatismos / fracturas: _____
 ¿ Es alérgico? _____ ¿ A qué ? _____
 ¿ Cómo lo evita? _____
 ¿ Sufre diabetes? _____ ¿ Tiene problemas de coagulación? _____
 ¿ Usa lentes? NO SI siempre para leer/ escribir

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO **NO DEBA REALIZAR** EXCLUSIVAMENTE POR **PRESCRIPCIÓN MEDICA**

Buenos Aires,

APTO FISICO (válido a partir del 01 / 02 /2017)

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

Para ser presentado ante las autoridades del *Instituto Ntra. Sra. de la Misericordia A – 58*

Buenos Aires, del mes de de **2017**

.....
 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. Asimismo, me comprometo a mantenerlos **actualizados** en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FISICO el alumno/a **no podrá realizar actividad física ni ser calificado en forma práctica.**