



**INSTITUTO ESCUELA ARGENTINA A-693**

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ CURSO \_\_\_\_\_

GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_

INDICAR CON X

	SI	NO
A) Se encuentra padeciendo procesos inflamatorios o infecciosos.		
B) Padece alguna de las siguientes enfermedades:		
- Metabólicas: Diabetes		
- Cardiopatías congénitas		
- Cardiopatías infecciosas		
-Hernias inguinales, crurales		
C) Ha padecido en fecha reciente:		
- Hepatitis- 60 días		
-Sarampión- 30 días		
- Parotiditis- 30 días		
- Mononucleosis infecciosa- 30 días		
- Esguinces/ luxaciones de tobillo, hombro, muñeca- 60 días		
D) Alguna otra situación particular determinada por el médico. _____ _____ _____		
E) Toma medicación. ¿Cuál? _____		
F) Está realizando algún tratamiento. ¿Cuál? _____		

**Por la presente manifiesta que el alumno resulta APTO/A-NO APTO/A para realizar Educación Física en clases, torneos, salidas educativas, etc.**

**Fecha límite de entrega del certificado de aptitud física y cardiológica: primer semana de clases.**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Firma y sello del médico (conste matrícula) \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

**LA FICHA DE SALUD REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, SIENDO OBLIGACIÓN DE LOS SRES. PADRES, NOTIFICAR AL COLEGIO CUALQUIER MODIFICACIÓN EN LA MISMA.**

Firma y aclaración del padre/tutor/encargado \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN PARA CAMPO DE DEPORTES**

Por la presente autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ grado a concurrir los días \_\_\_\_\_ a las 13 hs, al campo de deportes, sito en Avenida Cantilo y Guiraldes, CABA. (Parque Norte)

Firma \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_