



Jardín de Infantes  
Pre-escolar  
Primario

**ESCUELA ARGENTINA** (A-693)

"HACIA ELEVADAS METAS POR CAMINOS  
INNOVADORES"

Bachillerato con Cap. Laboral  
Aux. Comunic. Social  
Aux. Informática  
Aux. Adm. Contable

**FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD**  
**FORMULARIO A CUMPLIMENTAR POR LOS PADRES DE LOS ALUMNOS**

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

SEXO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SALA: \_\_\_\_\_

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.		
_____		
_____		
_____		

Por la presente dejo constancia que el/la niño/a .....  
se encuentra en buen estado de salud, apto para realizar actividad recreativa – deportiva acorde a su edad.

**Fecha límite de entrega del certificado de aptitud física: Primer día de clases**

**Los alumnos que no posean el apto correspondiente no podrán realizar actividad física.**

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

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

Firma del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Aclaración de la firma: \_\_\_\_\_

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

Aclaración \_\_\_\_\_