



**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.<br>_____<br>_____<br>_____ |    |    |
| 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 \_\_\_\_\_