



## FICHA MÉDICA DEL ALUMNO/A - 2025

**Nombre y Apellido del alumno/a:**

**Año:**

**DNI:**

**Fecha de nacimiento** ...../...../.....

**Domicilio** (indicar piso y dpto.):

**Nombre y Apellido del Padre:**

**Nombre y Apellido de la Madre:**

**Teléfono particular:**

**Teléfono celular Padre:**

**Teléfono celular Madre:**

**Teléfonos emergencias:**

**Obra Social/Prepaga:**

**.Nº Afiliado:**

(Adjuntar fotocopia del carnet)

**Grupo sanguíneo**

**Especificaciones: Si/No**

**Padece enfermedades:**

Metabólicas

cardiopatías congénitas

Soplos cardíacos (si contesta sí, especifique de qué tipo)

Hernias inguinales crurales

Alergias (si contesta sí, especifique a qué)

Bronquitis obstructivas o asma post - ejercicio)

Otras

**Ha padecido en forma reciente:**

Hepatitis (60 días)

Parotiditis (30 días)

Mononucleosis infecciosa (30 días)

Alteraciones en las articulaciones o en la columna vertebral (60 días): si contesta sí, especifique:

Alguna intervención quirúrgica (60 días): si contesta sí. Especifique de qué tipo

Alguna situación particular determinada por el médico: si contesta sí, especifique

¿Está en tratamiento con medicación permanente?: si contesta sí, especifique y adjunte certificados e indicaciones

¿Tiene las vacunas actualizadas?

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

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/madre/tutor

DNI

Por la presente manifiesto que el alumno/a examinado/a resulta clínicamente

"**APTO/A**" - "**NO APTO/A**" para concurrir al **Nivel Secundario** y realizar Educación Física - clases, torneos, salidas educativas, etc.-

**Lugar y fecha:**

**Firma del Médico:**

**Sello:**

**Aclaración:**

**Matrícula:**