

APELLIDO Y NOMBRE: _____
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ EDAD: _____ SEXO: _____
DOMICILIO DE LOS RESPONSABLES PARENTALES: _____
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ TEL: _____
GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR Rh: (____)
OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N° _____ TEL: _____

- VACUNAS (Adjuntar fotocopia de certificados de vacunación)
- ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Marcar con un círculo)

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

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____

Traumatismos / fracturas _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre de diabetes? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

- SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MEDICA.
- Otras actividades que Ud. crea conveniente hacer: _____

Buenos Aires,.....

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a DNI
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.....
Buenos Aires,..... del mes de..... de 20....

.....
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 FÍSICO no podrá ser calificado.

**Nota: Los alumnos de sala de 5 años, deberán presentar también, un control
de agudeza visual y auditiva firmados por los profesionales
correspondientes.**