

**APTO FÍSICO****Datos del alumno/a:**

Apellido y Nombre:
Tipo y Número de documento:
Fecha de nacimiento: Edad al 30/06: Sexo:
Domicilio: Teléfono:
En caso de urgencia avisar a:
Grupo sanguíneo: Factor Rh:
Obra social: Socio/a nº: Tel.:

Vacunas: (Adjuntar fotocopias de certificados de vacunación)

Enfermedades que padece o padeció (Señalar con una cruz)

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

Antecedentes de interés:

Operaciones:
Traumatismos:
¿Es alérgico/a?: ¿A qué?
¿Cómo lo evita?:
¿Sufrir de diabetes? ¿Tiene problemas de coagulación?

Señale actividades que deba realizar por prescripción médica exclusivamente:

Otras informaciones que Ud. crea conveniente dar a conocer:

Apto Físico

Certifico haber examinado a: quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad. Para ser presentado ante las autoridades de la Escuela del Siglo Nuevo.

C.A.B.A.: del mes de de 20....

Firma del/la profesional: Sello aclaratorio y Nº Matrícula:

Declaro que los datos consignados en la presente ficha tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar algunos de ellos

.....
Firma de la Madre, Padre o Tutor

.....
Aclaración

*** Se recuerda de entregar la presente al docente de grado el primer día de clases.**