



Instituto Argentino Gallego Santiago Apóstol

Ficha Médica-Educación Física

Datos del alumno

Nombre y apellido: _____ Grado/Sala: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ T.E: _____

En caso de emergencia avisar a: _____

Teléfonos: _____

Obra Social: _____ N° de Afiliado: _____

Antecedentes del alumno

Grupo sanguíneo: _____

Vacuna Antitetánica: _____ Fecha: _____ Válida hasta: _____

Presión Alta _____ Normal _____ Baja _____

Sufre o sufrió de (contestar SI o NO al lado de cada ítem)

	SI	NO	OBSERVACIONES
Asma			
Diabetes			
Cardiopatías			
Epilepsia			
Convulsiones			
Hemofilia ¿qué tipo?			
Problema de columna			
Problema neurológico			
Problema de visión/audición			
Problema reumático			
Malformaciones óseas			
Pie plano			
Traumatismos o fracturas			
Prótesis			
Transplantes			
¿Padece enfermedades crónicas?			
Otras:			

¿Sufre alergia medicamentosa o a otras sustancias?

Indique si actualmente está tomando algún medicamento o realizando algún tratamiento.

¿Hay alguna recomendación médica que deba conocer el docente?

El alumno /a _____

se encuentra APTO/A para realizar actividad física a nivel escolar durante el presente ciclo lectivo .

FECHA: / / 20.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Dejo constancia que los datos aquí consignados son verdaderos y no se omite ninguna información a la escuela (el informar la mayor cantidad de datos sobre su hijo en un eventual accidente puede ser de gran ayuda), asimismo tomo conocimiento que los **alumnos que ingresan a 1º grado deberán presentar audiometría y control oftalmológico.**

FIRMA DEL PADRE/MADRE

ACLARACIÓN