

FICHA MEDICA NIVEL PRIMARIO

Grado: División:

APELLIDO Y NOMBRES DEL ALUMNO:

Fecha de nacimiento:DNI:

Grupo sanguíneo: Factor Rh:

Obra Social: Socio N°: Tel:

En caso de traslado indicar hospital / clínica / sanatorio:.....

¿Es alérgico/a? A qué?

¿Padece alguna enfermedad o afección? ¿Cuál?.....

Se encuentra actualmente en tratamiento médico? SI - NO

¿Toma algún medicamento? SI - NO

Cuál?

ANTECEDENTES DE INTERÉS:

Operaciones.....

Traumatismos/fracturas/internaciones:
.....

SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a..... DNI: quien se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas acordes a su edad durante el ciclo lectivo actual.

San Luis del mes 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.

EL ALUMNO NO PODRÁ REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA SIN LA PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración