



Club Comunicaciones

// COLONIA COMU 2026

Departamento de Educación Física y Deportes

## FICHA DE APTITUD MÉDICA (para la firma del pediatra de cabecera)

Apellido y nombres:..... Sala o Grado en 2026.....

Edad:..... DNI:.....

### EVALUACIÓN CLÍNICA

Peso:..... Talla:.....

Grupo sanguíneo:..... Factor RH:.....

Ap. Respiratorio:.....

Ap. Cardiovascular:.....

Ap. Osteoarticular:.....

¿Ha padecido enfermedades infecciosas y metabólicas? SI  NO

Cual:.....

¿Es alérgico/a? SI  NO

¿A qué?:.....

¿Toma alguna medicación? SI  NO

Cual:.....

¿Es alérgico/a a algún medicamento? SI  NO

Cual:.....

¿Suele sangrar por la nariz? SI  NO

Motivo:.....

¿Está realizando algún tratamiento médico? SI  NO

Cual:.....

¿Alguna situación particular determinada por el médico? SI  NO

Cual:.....

Certifico que el/la niño/a  
apto/a para realizar actividad física.

se encuentra

.....  
Firma del médico responsable

.....  
Aclaración - Sello - Matrícula