



PEGAR
FOTO

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