Colegio San Gabriel

JARDÍN MATERNAL CRISTO REDENTOR

FICHA DE SALUD DE ALUMNO/A – COLEGIO SAN GABRIEL
Válida para el año lectivo 2027

Fecha:_____

Nivel:	**Curso:**	**División**

Nombre y Apellido del/la alumno/a:

Fecha de Nacimiento:	**DNI:**

Domicilio:

Teléfono particular:

Cobertura Médica:	**Nº Afiliado:**

Nombre y Apellido Madre/Padre/Tutor:	**Celular:**
Nombre y Apellido Madre/Padre/Tutor:	**Celular:**

Firmas de los responsables (madre, padre, tutor)	

CONTINÚA

INFORMACIÓN DEL ALUMNO SUMINISTRADA POR LOS PADRES
~~Tache~~ la opción que no corresponda

¿Padece alguna enfermedad que necesite tratamiento o control médico periódico?	Si	No	¿Cuál?			
¿Fue internado alguna vez?	Si	No	¿Por qué?			
¿Tiene algún tipo de alergia?	Si	No	¿A qué?			
Describa sus manifestaciones:						
¿Recibe tratamiento permanente?	Si	No	¿Cuál?			
¿Fue intervenido quirúrgicamente alguna vez?	Si	No	¿De qué?			
¿Presenta alguna patología que le produzca alguna limitación física?	Si	No	¿Cuál?			
¿Recibe alguna medicación en forma habitual?	Si	No	¿Cuál?			
¿Calendario de vacunación al día?	Si	No	Antitetánica	Si	No	Fecha:

ANTECEDENTES FAMILIARES **Marque si existiesen antecedentes familiares de alguna de las siguientes patologías**		
Diabetes	Hipertensión Arterial	Bronquitis Crónica
Patologías Cardíacas	Convulsiones	Otras

EN CASO DE TOMAR CONOCIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD QUE ALTERE EL ESTADO DE SALUD DEL ALUMNO MENCIONADO EN ESTA FICHA SE DEBERÁ INFORMAR A LA INSTITUCIÓN A LA MAYOR BREVEDAD.

CONTINÚA

SI EL/LA ALUMNO/A TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EL COLEGIO DEBERÁ:		
Derivar a:	Institución:	
Dirección de la Clínica:		
Avisar, por orden de prioridad, a:		
Nombre y Apellido:	Tel:	Parentesco
Nombre y Apellido:	Tel:	Parentesco
Nombre y Apellido:	Tel:	Parentesco

	CERTIFICADO DE APTO FÍSICO MÉDICO **COLEGIO SAN GABRIEL**
Dejo constancia que el/la sr/ita…..……..…… de..... años de edad, ha sido evaluado clínicamente y se encuentra en condiciones de salud para realizar actividad física y deportiva escolar acorde a su edad, sexo, estado madurativo, y bajo supervisión de personal idóneo.	
Fecha:	Firma y Sello del Profesional Médico:

El presente certificado médico debe realizarse con fecha del año lectivo al que el/la alumno/a va a ingresar, de lo contrario no tendrá validez.
En este caso será con fecha 2027.
Debe ser completado por el profesional médico en su totalidad.

Entrega: el/la alumno/a se deberá presentar el primer día de clases con la ficha de salud y certificado médico completo.

La fecha límite de entrega es el lunes 08 de marzo de 2027 - Sin Excepción

El/la alumno/a que no tenga esta documentación en regla no podrá comenzar en forma activa las clases de educación física y no podrá ser evaluado correctamente. Les solicitamos completar la presente ficha en su totalidad ya que son los datos que nos requiere la Dirección General de Escuelas de La Provincia de Buenos Aires.