



DEPARTAMENTO DE EDUCACION FISICA

Ficha de Aptitud Físico Médica

Datos Personales:

Apellido y

Nombre.....Grupo

Sanguíneo:.....

DNI:.....Edad:.....Fecha/Nac

Curso:.....Div:.....Preceptor/a:.....

Domicilio:.....Barrio:.....Localidad:.....

Teléfono del Alumno/a:.....OBRA

SOCIAL.....

Teléfono del

Tutor:.....

Teléfono de

Domicilio:.....

Teléfono en caso de

accidente:.....Vínculo:.....

Teléfono en caso de

accidente:.....Vínculo:.....

Datos a completar por el médico o por la madre/padre o tutor, haciéndose responsable. Enfermedades que ha padecido o padece (escribir SI o NO).

Diabetes.....Epilepsia.....Asma.....Obesidad.....Peso.....Talla.....Alergias

.....Problemas de columna

vertebral.....Hernias.....

Dificultades en la

alimentación.....Bulimia-anorexia.....Otros.....

Problemas

respiratorios.....

¿Cuáles?.....

Enfermedades cardíacas..... ¿Cuáles?..... Dificultades en la

visión..... ¿Usa lentes?..... Ingiere algún

medicamento..... ¿Cuál?.....

Intervenciones quirúrgicas..... ¿Cuáles?.....

Otros.....

AUTORIZACION: *Por medio de la presente, los suscriptos declaramos y garantizamos que somos los padres y/o tutores del alumno/a cuyo nombre se menciona más arriba y declaramos en nuestro propio nombre y nuestro carácter de representantes legales del alumno/a, se encuentra en perfecto estado de salud para realizar actividades que demande su participación en las clases de Educación Física. No posee enfermedades o dolencias preexistentes que impliquen un riesgo para su salud, bienestar o vida a raíz de su intervención en las actividades físicas y/o deportivas. Asimismo nos comprometemos a notificar ante cualquier cambio psicológico o enfermedad que se produzca con la entrega de un certificado médico. Todos los datos volcados en esta ficha tienen carácter de privado y serán archivados en el legajo y/o Departamento de Educación Física. Se sugiere que su hijo/a realice una revisión médica, antes de comenzar con las actividades. En caso de que el/la misma tenga alguna enfermedad o impedimento físico, agregar el correspondiente certificado médico.*

Firma del Padre/Madre o Tutor:.....

Aclaración de Firma:.....

N°D.N.I:.....

Domicilio.....Barrio.....Localidad.....

Teléfono.....Vínculo.....

Fecha:.....

*Observación: De no ser entregada, el alumno/a no podrá realizar las actividades habituales de la clase de Educación Física, en detrimento de su rendimiento pedagógico.