



Nivel Inicial/ Primario/ Secundario

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD CICLO LECTIVO 2023

ALUMNO/A:	EDAD:	D.N.I.:
SALA/GRADO/CURSO:		
DIVISIÓN:		
DOMICILIO:		
TELEFONO:		
CELULAR DEL PADRE:		
DE LA MADRE:		
O. SOCIAL:		
Nro. DE SOCIO:		
TELEFONO DE LA OBRA SOCIAL:		

<u>ANTECEDENTES</u>		
	<u>SI</u>	<u>NO</u>
a) Se encuentra padeciendo: Procesos inflamatorios o infecciones.....
b) Padece de alguna de las siguientes enfermedades: Metabólicas: Diabetes.....
Cardiopatías congénitas.....
Cardiopatías infecciosas.....
Hernias Inguinal, crural.....
Alergias.....
c) Ha padecido en fecha reciente: Hepatitis (60 días).....
Sarampión (30días).....
Parotiditis (30 días).....
Mononucleosis Infecciosa (30 días).....
Esguinces o luxaciones de tobillo, rodilla, hombro, o muñeca (60 días).....
d) Alguna otra situación particular detectada por el médico: ¿Cuál?.....
.....
e) Toma medicamentos en forma permanente: Indique cuáles:.....
.....
¿SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?

NOTA: En caso de contestar afirmativamente algunos de los ítems señalados precedentemente, deberá presentar, conjuntamente con esta ficha, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra incapacitado para efectuar actividad física y el tiempo que deberá eximirse de dicha práctica.



Centro Educativo Arquidiocesano
“ESPIRITU SANTO”
A - 235

De no encontrarse apto para realizar Educación Física, deberán indicarse las causales de tal recomendación adjuntando el certificado correspondiente, como así también, el término de dicha restricción (Año Lectivo o Ciclo Escolar completo).

La presente reviste carácter de declaración jurada, siendo responsabilidad de los abajo firmantes la verdad de los datos consignados en la misma.

.....
Firma del Padre/Tutor.

.....
Firma de la Madre

.....
Aclaración y DNI

.....
Aclaración y DNI

En Buenos Aires, a los.....días del mes de.....de 2023.

La presente ficha es un Documento Escolar y como tal debe ser completada en forma obligatoria y con letra clara, no pudiendo ser entregada ajada o doblada de ninguna manera.

COMPLETAR POR EL MÉDICO

El/la señor/señorita.....DNI N°.....

De la sala/grado/curso división se encuentra apto para realizar actividad física y práctica deportiva en la clase de Educación Física por el Ciclo Lectivo 2023.

Firma y sello del profesional habilitado
y fecha en que se expide.

MUY IMPORTANTE: Este documento carece de validez para la Escuela si no se encuentra firmado por un profesional médico o es acompañado de un certificado de aptitud física emitido por el profesional correspondiente.



Exclusivo para el Nivel Secundario

FICHA- CLAUSULA LIMITADA DE RESPONSABILIDAD.

Buenos Aires, a los.....días del mes de.....de 2023

Por la presente, me notifico formalmente de que está **absolutamente prohibido** practicar ejercicios de riesgo o deportes, solo o acompañado, en todas aquellas ocasiones en que no se encuentre el profesor de educación física a cargo del curso en el lugar de clases, gimnasio o campo de deportes.

Atento a la responsabilidad que le pudiera caber a la institución, toda transgresión a esta regla se considerará **falta grave** para el alumno.

También debe concurrir siempre con el carnet de la Obra Social (si la tuviese) y el D.N.I., para ser presentado en caso de tener que ser trasladado ante una situación de emergencia a un centro asistencial.

De no encontrarse el padre, madre o tutor, el docente a cargo realizará el traslado del mismo, en su representación.

Firmo en conformidad

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

.....
Firma del alumno.

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Nº de Doc.

.....
Nº de Doc.

Curso: División: