



Centro Educativo Arquidiocesano
“ESPIRITU SANTO”
 A - 235

Nivel Inicial / Primario / Secundario

FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD. CICLO LECTIVO 2026

ALUMNO/A:		Fecha de nacimiento:	
Edad al 30/06/26:		D.N.I:	
SALA: <i>años, división</i>		GRADO: <i>división</i>	
		SECUNDARIA: AÑO: <i>división</i>	
DOMICILIO:		TELÉFONO:	
TEL.ALTERNATIVO:		OB.SOCIAL:	
Nro. DE SOCIO:		TEL.OB.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 (60 días)..... Covid (30 días)..... Dengue.....
d) Alguna otra situación particular detectada por el médico: ¿Cuál?.....
e) Toma medicamentos en forma permanente: Indique cuales:.....
¿SE ENCUENTRA APTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA?



Centro Educativo Arquidiocesano
"ESPIRITU SANTO"
A - 235

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.

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 veracidad de los datos consignados en la misma.

.....
Firma del Padre/ Madre / Tutor

.....
Tipo y Número de documento

.....
Aclaración de la firma

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 alumno/a.....

DNI N°.....,

quien cursa sala deaños,grado del nivel primario,año del nivel secundario (2026) se encuentra apto para realizar actividad física y práctica deportiva en la clase de Educación Física.

Firma del Médico:.....Sello del profesional:.....

Ciudad de Buenos Aires,de.....de 2026

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