

NIVEL INICIAL



INSTITUTO JOSE MANUEL ESTRADA
DIEGEP N° 0124 - 4960
AMEGHINO N°1533. BERAZATEGUI
TEL: 4256 - 2959

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO

Nombre y apellido: Edad: Sección:
Fecha de Nac.:/...../.....
D.N.I.:
Dirección:
Teléfono/s:

FICHA DE SALUD

¿Ha padecido recientemente?	SÍ	NO
HEPATITIS (60 DÍAS)		
SARAMPIÓN (30 DÍAS)		
PAPERAS (30 DÍAS)		
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA		
ESGUINCES, LUXACIONES O FRACTURAS (60 DÍAS)		
¿Toma medicamentos por períodos prolongados? ¿Cuál?		
Problemas óseos: -CADERAS		
-COLUMNNA		
-PIES		
-OTROS (¿Cuál?)		
Otros problemas particulares (hidrocefalia, hemofilia, epilepsia, Celiaquía, intolerancia a la lactosa, etc.) ¿Cuál?		
¿Se encuentra padeciendo problemas infecciosos o inflamatorios?		
Padece de: -ASMA		
-DIABETES		
-CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS		
-CARDIOPATÍAS INFECCIOSAS		
-HERNIAS		
-ALERGIAS ¿Cuáles?		
-CONVULSIONES		

Padre, Madre o tutor del alumno/a:

AUTORIZO a mi hijo/a a realizar actividades físicas con el esfuerzo cardiovascular correspondiente a su edad y sexo, conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

ME COMPROMETO a avisarle sobre cualquier problema que le impida a mi niño/a realizar actividades físicas y a entregar los certificados médicos correspondientes. De no der avisado, el profesor de Ed. Física continuará con las clases normalmente.

FECHA:/...../.....

FIRMA DEL PADRE: ACLARACIÓN:

FIRMA DE LA MADRE: ACLARACIÓN:

FIRMA DEL TUTOR: ACLARACIÓN:

IMPORTANTE: SOLICITAMOS QUE, DE TENER OBRA SOCIAL, PEGUEN FOTOCOPIA DEL CARNET CORRESPONDIENTE EN EL REVERSO DE LA FICHA DE SALUD. DE HABER ALGÚN CAMBIO SE RUEGA NOTIFICAR A LA BREVEDAD.