Fecha Ciclo Lectivo 20………

# Datos personales

Apellido y Nombres del Alumno

Fecha de nacimiento……………………DNI........................Tel…………………….Tel. Alternativo…

Grupo Sanguíneo………………Peso………………… Estatura……………Agudeza Visual………………Usa lentes SI 🞎 NO 🞎

Agudeza Auditiva………………Implante coclear SI 🞎 NO 🞎 Vacunación s/ calendario obligatorio SI 🞎 NO 🞎

Cobertura Médica …………………………………..Afiliado nº

Centro de derivación sugerido en caso de emergencia médica

Dirección Tel.

En caso de emergencia médica comunicarse con

Vínculo Tel.

Vínculo Tel.

# Datos médicos

Padece:

Anomalías Congénitas SI 🞎 NO 🞎 Detallar

Alteraciones Neurológicas SI 🞎 NO 🞎 Detallar

Alteraciones Emocionales SI 🞎 NO 🞎 Detallar

Alteraciones Cardiovasculares SI 🞎 NO 🞎 Detallar

Alteraciones Respiratorias SI 🞎 NO 🞎 Detallar

Alteraciones Nutricionales SI 🞎 NO 🞎 Detallar

Alteraciones Osteoarticulares o Musculares SI 🞎 NO 🞎 Detallar

Alteraciones en la Estructura Abdominal SI 🞎 NO 🞎 Detallar

Ha padecido en forma reciente:

SI 🞎 NO 🞎 Hepatitis (60 días)

SI 🞎 NO 🞎 Parotiditis (30 días)

SI 🞎 NO 🞎 Mononucleosis infecciosa (30 días)

SI 🞎 NO 🞎 Alteraciones en la Piel (Alergias)

SI 🞎 NO 🞎 Alguna intervención quirúrgica (60 días) Especifique de qué tipo.

SI 🞎 NO 🞎 Alguna situación particular determinada por el médico. Especifique.

 SI 🞎 NO 🞎 ¿Está en tratamiento con medicación permanente? Especifique, adjunte certificados e indicaciones.

 SI 🞎 NO 🞎 ¿Está apto para realizar educación física?

 SI 🞎 NO 🞎 ¿Hay alguna actividad especial que no pueda realizar?

Observaciones:

**Certifico que** DNI

de años de edad, en el día de la fecha ha sido examinado/a clínicamente y realizando los estudios correspondientes se encuentra en condiciones de concurrir a clases, de participar en actividades escolares, en viajes y salidas de estudio, en las propuestas recreativas; como también aquellas propias de la educación física escolar curricular, que corresponda a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

**Observaciones**

Firma del familiar responsable

Aclaración

Buenos Aires, de de

Firma y sello del médico

Aclaración

Buenos Aires, de de

En cumplimiento de la reglamentación vigente, me notifico que toda derivación dispuesta por el servicio de emergencias debe hacerse a un hospital público. Por tanto de ser necesario, y contando el colegio con el servicio de emergencias médicas:

Autorizo al mismo a derivar a mi hijo/a a un hospital público:

SI 🞎 El familiar responsable acompaña al alumno en el vehículo desde el colegio. Si no puede ser
localizado, y el caso requiera atención hospitalaria inmediata, un directivo o la persona que este designe acompañará al alumno/a.

NO 🞎 En este caso me comprometo a retirarlo del colegio para su atención bajo mi exclusiva responsabilidad.

De acuerdo con el dictamen del médico, el que suscribe, toma conocimiento y autoriza a su hijo/a para concurrir al establecimiento educativo realizar las actividades diarias y salidas pedagógicas pautadas, y realizar actividad física de acuerdo a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Dejo constancia que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de nuestro hijo/a son verídicos y me comprometo a notificar en caso de que mi hijo/a presentare alguna enfermedad durante el actual ciclo lectivo.

Firma del familiar responsable

Aclaración

Buenos Aires, de de