

# FICHA MÉDICA CICLO LECTIVO 2024

Apellido y nombre:.....Curso:.....

Fecha de nacimiento:...../...../..... Edad:..... Sexo:.....

Domicilio de los padres o responsables:.....

En caso de urgencia, avisar a:..... Tel.:.....

Grupo sanguíneo:..... Factor Rh: .....

Cobertura médica:..... Socio N°..... Tel.:.....

## ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (Encerrar con un círculo las respuestas positivas):

Cardiopatías	Convulsiones	Tos convulsa	Paperas
Asma	Meningitis	Covid-19	Varicela
Bronquitis	Diabetes	Escarlatina	Celiaquía
Sinusitis	Reumatismo	Sarampión	Hernias
Epilepsia			Problemas neurológicos

¿Otras enfermedades no detalladas en el listado anterior? (Encerrar con un círculo la respuesta positiva): SÍ - NO

¿Cuáles? .....

## ANTECEDENTES DE INTERÉS (Encerrar con un círculo las respuestas positivas):

• Operaciones: SÍ - NO

¿Cuáles? .....

• Traumatismos / fracturas: SÍ - NO

¿Cuáles?.....

• ¿Tiene problemas de coagulación? SÍ - NO

• ¿Es alérgico?: SÍ - NO

¿A qué? .....

¿Cómo lo evita? .....

• MEDICAMENTOS: SÍ - NO

¿Cuáles?.....

¿Hay alguna actividad que el niño no deba realizar por prescripción médica?: SÍ - NO

¿Cuál? .....

## CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

Certifico haber examinado a \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_, quien se encuentra en condiciones físicas para concurrir a clases y de participar de actividades escolares en viajes y salidas de estudio y recreativas, como así también para realizar resistencia aeróbica, actividades propias del Área de la Educación Física, gimnásticas y deportivas, sean estas de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extra curriculares, acordes con su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Para ser presentado ante las autoridades del Colegio Palermo Chico.

Buenos Aires,..... del mes de..... de 2024.

.....  
Firma del Profesional

.....  
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

.....  
Teléfono

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

**Sin APTO FÍSICO o con el apto físico INCOMPLETO EN ALGUNO DE LOS ÍTEMS, el alumno no podrá realizar actividad física y no podrá ser calificado.**

Buenos Aires, ..... de..... de 2024

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

.....  
Aclaración