



FICHA DE APTITUD FÍSICA PARA PRÁCTICA DE EDUCACIÓN FÍSICA Y ACTIVIDADES ESCOLARES

INSTITUCIÓN EDUCATIVA: .....

APELLIDO DEL ALUMNO: ..... NOMBRES: .....

DNI.: ..... FECHA DE NACIMIENTO: ..... EDAD: .....

CURSO: ..... DIVISIÓN: ..... NIVEL: .....

DOMICILIO: ..... LOCALIDAD: .....

TELEFONO/S: .....

PARA COMPLETAR POR EL PADRE MADRE O TUTOR:

¿Recibe algún tratamiento médico? (SI/NO)..... ¿Cuál?.....

¿Está tomando algún medicamento? (SI/NO)..... ¿Cuál?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? ..... En caso afirmativo, indique cuál es la causa y describe cuáles son sus manifestaciones: .....

¿Padece algún trastorno crónico? (SI/NO).... ¿Cuál?.....

¿Tuvo alguna operación? (SI/NO).... ¿Cuál?.....

¿Alguna indicación específica para las actividades físicas?.....

¿Le fue aplicada la vacuna antitetánica? (SI/NO)..... Fecha: .....

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Según lo normado por la Ley N°12634 todos los alumnos de los establecimientos educacionales de la Provincia o dependientes del Ministerio de Educación, tienen la obligatoriedad de someterse a exámenes integrales y periódicos de salud. Debiendo cumplimentar el examen médico que determina su aptitud física para la práctica de Educación física y actividades escolares.

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MÉDICO:

Dejo constancia que....., de..... años de edad, DNI N.º..... ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha no presentando contraindicación alguna para realizar actividad física, recreativa y/o escolar.

.....  
FECHA

.....  
SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO

PARA SER CUMPLIMENTADO POR LOS PADRES

Dejo constancia que autorizo a mi hijo/a..... a participar de las clases de Educación física y de actividades recreativas escolares. Asimismo me hago responsable del control periódico de salud y notificaré a la Escuela cualquier anomalía que se presente, entregando los certificados médicos que así lo acrediten.

IMPORTANTE: En caso de urgencia en horario de clases avisar a.....

Domicilio:..... Localidad: ..... Teléfono: .....

Para una mejor atención solicito que mi hijo/a sea trasladado a:.....

Domicilio: ..... Teléfono:.....

.....  
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

.....  
ACLARACIÓN

.....  
NRO. D.N.I.