



Arquidiócesis de Buenos Aires
INSTITUTO NUESTRA SEÑORA DE LAS NIEVES

Buenos Aires, _____ marzo de 2024

FICHA DE APTITUD Y AUTORIZACIÓN para realizar EDUCACIÓN FÍSICA

Nombre del alumno: _____

D.N.I.: _____

Sala: _____ Turno: _____

Domicilio: _____ Tel: _____

Tel. auxiliar: _____ Tel. celular: _____

DATOS MÉDICOS:

Es alérgico/a a: _____ Vacuna antitetánica: ___ Fecha: ___/___/___

¿Toma medicamentos? ___ ¿Cuáles? _____

_____ ¿Realiza algún tratamiento?

_____ Intervenciones quirúrgicas

que haya tenido _____ Padeció o padece:

Asma _____

Problemas renales _____

Epilepsia _____

Afecciones en el Oído _____

Bronquitis _____

Ojos _____

Desmayos _____

Nariz _____

Cardiopatías _____

Otras _____

Problemas respiratorios _____

Grupo sanguíneo: ___ RH _____

Obra social: _____ Nº _____

INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUD FÍSICA

(Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico)

Rp/

Dejo constancia que _____ se encuentra apto/a para realizar educación física.

FECHA ___/___/___

NOTA: de existir alguna patología indicar **NO APTO**, hacer el detalle de la

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

NOTA: de existir alguna patología indicar **NO APTO**, hacer el detalle de la misma en otro certificado.

Firma de la mamá: _____

Firma del papá: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

D.N.I.: _____

D.N.I.: _____