



INSTITUTO  
NUESTRA SEÑORA DE  
LAS NIEVES  
SUI TUUM PRÆSIDIUM

# AÑO 2023 – 2° a 7° GRADO – BILINGÜE

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## FICHA DE APTITUD Y AUTORIZACIÓN para realizar EDUCACIÓN FÍSICA y NATACIÓN

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_ División: \_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_

Bronquitis \_\_\_\_\_

Desmayos \_\_\_\_\_

Cardiopatías \_\_\_\_\_

Problemas respiratorios \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_

Problemas renales \_\_\_\_\_

Afecciones en el:

Oído  Ojos  Nariz  Otras \_\_\_\_\_

Requiere evaluación por especialista?

Cardiología  Fonoaudiología

Oftalmología  Odontología

RH \_\_\_\_\_

N° de afiliado \_\_\_\_\_

### INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUD FÍSICA y NATACIÓN

(Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico)

**Rp/** \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Dejo constancia que \_\_\_\_\_  
se encuentra apto/a para realizar Actividad Física Educativa y Natación, según programas escolares acorde a su sexo y edad.

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**NOTA:** de existir cualquier tipo de impedimento indicar NO APTO, hacer el detalle del mismo en otro certificado.

Autorizamos a nuestro hijo/a a concurrir al Club ATENEO POPULAR VERSAILLES, ROMA 950 para la práctica de Natación y Educación Física.

Firma del papá: \_\_\_\_\_

Firma de la mamá: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_



INSTITUTO  
NUESTRA SEÑORA DE  
LAS NIEVES  
SUI TUUM PRÆSIDIUM

# AÑO 2023 – 2° a 7° GRADO – BILINGÜE (duplicado)

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

## FICHA DE APTITUD Y AUTORIZACIÓN para realizar EDUCACIÓN FÍSICA y NATACIÓN

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_ División: \_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Epilepsia \_\_\_\_\_

Bronquitis \_\_\_\_\_

Desmayos \_\_\_\_\_

Cardiopatías \_\_\_\_\_

Problemas respiratorios \_\_\_\_\_

Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

Obra social: \_\_\_\_\_

Problemas renales \_\_\_\_\_

Afecciones en el:

Oído  Ojos  Nariz  Otras \_\_\_\_\_

Requiere evaluación por especialista?

Cardiología  Fonoaudiología

Oftalmología  Odontología

RH \_\_\_\_\_

N° de afiliado \_\_\_\_\_

### INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUD FÍSICA y NATACIÓN

(Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico)

Rp/ \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Dejo constancia que \_\_\_\_\_  
se encuentra apto/a para realizar Actividad Física Educativa y Natación, según programas escolares acorde a su sexo y edad.

**FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**NOTA:** de existir cualquier tipo de impedimento indicar NO APTO, hacer el detalle del mismo en otro certificado.

Autorizamos a nuestro hijo/a a concurrir al Club ATENEO POPULAR VERSAILLES, ROMA 950 para la práctica de Natación y Educación Física.

Firma del papá: \_\_\_\_\_

Firma de la mamá: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_