

$ilde{ANO}$ 2024 – 2° a 7° GRADO – JORNADA SIMPLE

Buenos Aires.	de	de 2024.
Duchos Ancs,	uc	uc 2024.

FICHA DE APTITUD Y AUTORIZACIÓN para realizar EDUCACIÓN FÍSICA

Tel. auxiliar: Tel. celular:	Grado: División: Domicilio: Tel. auxiliar: Tel. celular: • DATOS MÉDICOS Es alérgico/a a:	Tel: Vacuna antitetánica: Fecha: / /	
Es alérgico/a a:	Tel. auxiliar: Tel. celular: • DATOS MÉDICOS Es alérgico/a a: ¿Cuáles? ¿Realiza algún tratamiento? Intervenciones quirúrgicas que haya tenido Padeció o padece: Asma	Vacuna antitetánica: Fecha: / /	
• DATOS MÉDICOS Es alérgico/a a:	• DATOS MÉDICOS Es alérgico/a a:	Vacuna antitetánica: Fecha: / /	
Es alérgico/a a:	Es alérgico/a a: ¿Cuáles? ¿Realiza algún tratamiento? Intervenciones quirúrgicas que haya tenido Padeció o padece: Asma		
Es alérgico/a a:	Es alérgico/a a: ¿Cuáles? ¿Realiza algún tratamiento? Intervenciones quirúrgicas que haya tenido Padeció o padece: Asma		
¿Cuáles?	¿Toma medicamentos? ¿Cuáles? ¿Realiza algún tratamiento? Intervenciones quirúrgicas que haya tenido Padeció o padece: Asma Asma		
Intervenciones quirúrgicas que haya tenido	¿Realiza algún tratamiento?		
Intervenciones quirúrgicas que haya tenido	Padeció o padece: Asma		
Asma Problemas renales Epilepsia Afecciones en el: Bronquitis Oído	Asma		
Asma Problemas renales Epilepsia Afecciones en el: Bronquitis Oído	Asma		
Bronquitis Oído	Epilepsia	Problemas renales	
Desmayos Requiere evaluación por especialista? Cardiopatías Cardiología	1 1 "	Afecciones en el:	
Desmayos Requiere evaluación por especialista? Cardiopatías Cardiología	Bronquitis	Oído 🗆 Ojos 🗆 Nariz 🗀 Otras	
Problemas respiratorios Oftalmología □ Odontología □ Grupo sanguíneo: RH Obra social: Nº de afiliado INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUD FÍSICA (Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico) Rp/ FECHA Dejo constancia que		Requiere evaluación por especialista?	
Grupo sanguíneo: RH Obra social: Nº de afiliado INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUD FÍSICA (Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico) Rp/ FECHA Dejo constancia que	Cardiopatías	Cardiología 🗆 Fonoaudiología 🗅	
Obra social: Nº de afiliado INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUD FÍSICA (Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico) Rp/ FECHA Dejo constancia que	Problemas respiratorios	Oftalmología 🗆 Odontología 🗅	
INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUD FÍSICA (Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico) Rp/ Dejo constancia que	Grupo sanguíneo:	RH	
(Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico) Rp/ Pejo constancia que	Obra social:	N° de afiliado	
	(Espacio reservado para ser completa		
•	Deia constancia sua		
se encuentra apto/a para featizar Actividad Fisica Educativa, segun programas escolares acorde a su sexo y	•	oún manamana accalanas acanda a su cava y adad	
	se encuentra apto/a para feanzar Actividad Fisica Educativa, se	gun programas escolares acorde a su sexo y edad.	
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: _		
NOTA de sejetio escalacion tipo de incordirecente indica NO ARTO, hacemal detalla del sejecco con etc.	NOTA de estationes destinantes de la lacción de la desta NO A	DTO have all datalle del colores an atom and for de-	
NOTA : de existir cualquier tipo de impedimento indicar NO APTO, hacer el detalle del mismo en otro cer	NOTA : de existir cualquier tipo de impedimento indicar NO A	PTO, nacer el detalle del mismo en otro certificado.	
Autorizamos a nuestro hijo/a a concurrir al Solar de María para la práctica de Educación Física.	Autorizamos a nuestro hijo/a a concurrir al Solar de	María para la práctica de Educación Física.	
Firma del papá: Firma de la mamá:	Firma del papá:	Firma de la mamá:	
	Aclaración:	Aclaración:	
Aclaración: Aclaración:		DNI:	