



AÑO 2024 – 2° a 7° GRADO – JORNADA SIMPLE

Buenos Aires, ____ de _____ de 2024.

FICHA DE APTITUD Y AUTORIZACIÓN para realizar EDUCACIÓN FÍSICA

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

(Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico)

Rp/ _____ FECHA _____

Dejo constancia que _____
se encuentra apto/a para realizar Actividad Física Educativa, 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 Solar de María para la práctica de Educación Física.

Firma del papá: _____

Firma de la mamá: _____

Aclaración: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

DNI: _____