



FICHA DE APTITUD Y AUTORIZACIÓN para realizar EDUCACIÓN FÍSICA y NATACIÓN

Nombre del alumno: _____ DNI: _____

Grado: _1°_ 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 _____

Problemas renales _____

Afecciones en el:

Oído Ojos Nariz Otras _____

Requiere evaluación por especialista?

Cardiología Fonoaudiología

Oftalmología Odontología

Grupo sanguíneo: _____

RH _____

Obra social: _____

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: _____

INFORME TEST AGUDEZA VISUAL

(Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico)

Rp/ _____ FECHA _____

Dejo constancia que _____

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: _____



AÑO 2024 – 1° GRADO – BILINGÜE (duplicado)

Buenos Aires, ____ de _____ de 2024.

FICHA DE APTITUD Y AUTORIZACIÓN para realizar EDUCACIÓN FÍSICA y NATACIÓN

Nombre del alumno: _____ DNI: _____

Grado: _1°_ 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 _____

Problemas renales _____

Afecciones en el:

Oído Ojos Nariz Otras _____

Requiere evaluación por especialista?

Cardiología Fonoaudiología

Oftalmología Odontología

Grupo sanguíneo: _____

RH _____

Obra social: _____

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: _____

INFORME TEST AGUDEZA VISUAL

(Espacio reservado para ser completado únicamente por el médico)

Rp/ _____ FECHA _____

Dejo constancia que _____

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: _____