

**FICHA DE APTITUD Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE EDUCACIÓN
FÍSICA Y NATACION PARA ALUMNOS DE 2° A 5° AÑO**

Nombre del Alumno: _____

DNI: _____ Año: _____ Modalidad: _____

Domicilio: _____ Tel.: _____

Tel. Auxiliar: _____ Celular: _____

DATOS MÉDICOS

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

¿Toma medicamentos? _____ ¿Cuáles? _____

¿Realiza algún tratamiento? _____ ¿Cuál? _____

Intervenciones quirúrgicas que haya tenido: _____

Otros: _____

PADECE O PADECIÓ

Asma	Problemas Renales	
Epilepsia	Afección en:	Oídos
Bronquitis		Ojos
Desmayos		Nariz
Cardiopatías		Otras
Problemas respiratorios		

Grupo Sanguíneo: _____ Factor RH _____

Obra Social / Prepaga: _____ Socio N° _____

INFORME DEL PEDIATRA DE APTITUDES FÍSICAS Y NATACIÓN

(Espacio reservado para ser completado por el médico)

RECORDAR QUE LA FECHA DE LA REVISIÓN Y APTO MÉDICO DEBE SER 2024

Rp/

Dejo constancia de haber atendido a _____

quien en el momento del examen se encuentra **APTO/A – NO APTO/A** (*tachar lo que no corresponde*) para realizar Actividad Física Educativa y Natación según programas escolares acorde con su edad y sexo.

FIRMA y SELLO del MÉDICO

Fecha: / /

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

Autorizo a mi hijo/a _____ Curso _____ División _____

A participar de competencias intercolegiales y/o toda actividad educativa para la cual fuere designado por las autoridades del Instituto Ntra. Sra. de Las Nieves.

Firma de Padre, Madre o Tutor: _____ D.N.I. _____

Aclaración: _____

RECIBIDO POR PRECEPTORÍA:	FECHA:
	HORA: