



FICHA DE APTITUD FÍSICA PARA PRÁCTICA DE EDUCACIÓN FÍSICA Y ACTIVIDADES ESCOLARES

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:.....

APELLIDO DEL ALUMNO: NOMBRES:

DNI:..... FECHA DE NACIMIENTO:..... EDAD.....

CURSO: DIVISIÓN: NIVEL:

DOMICILIO:..... LOCALIDAD:.....

TELEFONO/S:.....

PARA COMPLETAR POR EL PADRE MADRE O TUTOR:

¿Recibe algún tratamiento médico? (SI/NO)..... ¿Cuál?.....

¿Está tomando algún medicamento? (SI/NO)..... ¿Cuál?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? En caso afirmativo, indique cuál es la causa y describe cuáles son sus manifestaciones:.....

....

¿Padece algún trastorno crónico? (SI/NO).... ¿Cuál?.....

¿Tuvo alguna operación? (SI/NO).... ¿Cuál?.....

¿Alguna indicación específica para las actividades físicas?.....

.....

¿Le fue aplicada la vacuna antitetánica? (SI/NO)..... Fecha:

INFORMACIÓN IMPORTANTE:Según lo normado por la Ley N°12634 todos los alumnos de los establecimientos educacionales de la Provincia o dependientes del Ministerio de Educación, tienen la obligatoriedad de someterse a exámenes integrales y periódicos de salud. Debiendo cumplimentar el examen médico que determina su aptitud física para la práctica de Educación física y actividades escolares.

PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MÉDICO:

Dejo constancia que....., de.....años de edad, DNI N.º.....ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha no presentando contraindicación alguna para realizar actividad física, recreativa y/o escolar.

.....
FECHA

.....
SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO

PARA SER CUMPLIMENTADO POR LOS PADRES

Dejo constancia que autorizo a mi hijo/a.....a participar de las clases de Educación física y de actividades recreativas escolares. Asimismo me hago responsable del control periódico de salud y notificaré a la Escuela cualquier anomalía que se presente, entregando los certificados médicos que así lo acrediten.

IMPORTANTE: En caso de urgencia en horario de clases avisar a.....

Domicilio:..... Localidad:Teléfono:

Para una mejor atención solicito que mi hijo/a sea trasladado a:.....

Domicilio: Teléfono:.....

.....
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

.....
ACLARACIÓN

.....
NRO. D.N.I.