

1) FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD Y APTITUD FÍSICA.

El presente formulario debe ser cumplimentado por los señores padres para considerar la posibilidad de realizar las actividades de la asignatura Educación Física. Tiene validez anual.

Fecha de entrega:...../...../..... Devolución: ...../...../.....

APELLIDOS:..... NOMBRES:.....

EDAD:..... PESO.....KG. ESTATURA.....metros.

AÑO QUE CURSA..... DIVISIÓN..... GRUPO.....

DOMICILIO..... TELÉFONO.....

2) CONTESTE LOS SIGUIENTES ÍTEMS TACHANDO LO QUE NO CORRESPONDA

Padece alguna de las siguientes enfermedades:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| <input type="checkbox"/> Metabólicas: diabetes                          | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías: infecciosas                      | SI | NO |
| 1. Congénitas   | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Asma y/o bronquitis espasmódica                | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                                   | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Desmayos reiterados                            | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Alergia a algún medicamento u otras sustancias | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Hernia inguinales o cervicales                 | SI | NO |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                               | SI | NO |

3) HA PADECIDO EN FECHA RECIENTE

- |  |    |    |
|--|----|----|
| Hepatitis (60 días)                                      | SI | NO |
| Paroditis (30 días)                                      | SI | NO |
| Sarampión (30 días)                                      | SI | NO |
| Esguinces/luxaciones en tobillos, hombros, muñecas, etc. | SI | NO |
| Mononucleosis infecciosa (30 días)                       | SI | NO |

4) COMUNICAR AL INSTITUTO OTRAS SITUACIONES O AFECCIONES que los Sres. Padres consideren necesario suministrar.

NOTA: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems deberá presentar junto con esta planilla el certificado médico que avale la afección mencionada, y si la misma lo incapacita total o parcialmente para la actividad escolar.

5) PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO: (Particular/ O.Social/ Estatal)

ECG.....PRESIÓN ARTERIAL.....

EN FECHA..... CERTIFICO QUE EL ALUMNO.....

.....presenta una aptitud **CARDIO-PULMONAR**  
Normal/Anormal por lo que considero **APTO/NO APTO** para realizar actividades físicas y educativas  
acordes a su edad y contextura física.

SELLO

FIRMA DEL MÉDICO

6) AUTORIZACIÓN O NO, DE LOS SRES. PADRES PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA

Habiendo tomado conocimiento del examen médico que le fuera practicado a mi hijo/a  
..... LO AUTORIZO/ NO LO

AUTORIZO a realizar actividades físicas educativas. Lugar.....

Fecha...../...../.....

.....  
Firma registrada

.....  
Aclaración de firma del padre madre o tutor