

Ficha de SALUD - 1er Ciclo Primario

Firmado por el Padre

ALUMNO/A AÑO Div Nivel 1er CICLO PRIMARIO

FICHA DE SALUD de EDUCACIÓN FÍSICA Autorización para la realización de actividad física Ciclo Lectivo 20.....
Completar en su totalidad y entregar al ISA, hasta no hacerlo, el alumno/a no podrá realizar Educación Física, ni ser evaluado.

Quien suscribe..... DNI en mi carácter de padre, madre, tutor del

alumno/a DNI que que cursa Año Div. de Ciclo Nivel
Primario, con fecha de nacimiento...../...../..... en la ciudad de con domicilio en
de la ciudad de.....Teléfono fijo y celular de los padres N°

otro celular de contacto N°..... que corresponde a

email que corresponde a

1. Antecedentes de enfermedades.

a) ¿Tiene alguna enfermedad que necesite de atención y/o tratamiento médico periódico? Si ☐ No ☐Cuál

b) ¿Fue internado durante los últimos tres años? Si ☐ No ☐Por qué

c) ¿Es alérgico/a? Si ☐ No ☐Cuál

De responder afirmativamente especifique a qué se debe la alergia y si recibe tratamiento

2. Tratamientos

a) ¿Recibe tratamiento médico? Si ☐ No ☐Cuál

b) Tiene alguna limitación física Si ☐ No ☐Cuál

c) ¿Otros problemas de salud? Señalar con X lo que corresponda

Enfermedades metabólicas: Diabetes.....	☐	Cifosis.....	☐
Cardiopatías congénitas.....	☐	Pie plano o pie cavo.....	☐
Trastornos respiratorios.....	☐	Ha padecido recientemente	
Cardiopatías infecciosas.....	☐	Hepatitis A (60 días).....	☐
Hernias inguinal o ingoescrotal.....	☐	Hepatitis B (60 días).....	☐
Peso.....KG.		Hepatitis.....	☐
Talla.....Mts.		Sarampión, rubéola, escarlatina, varicela, etc. (30 días).....	☐
Problemas de columna y/o pies.....	☐	Mononucleosis infecciosa (30 días).....	☐
Escoliosis.....	☐	Esguinces, luxaciones o fracturas	☐
Lordosis.....	☐	Posee todas las vacunas obligatorias	☐
Otras	☐	Fecha de última vacunación ANTITETÁNICA (REFUERZO)	☐

- Agregue sintéticamente lo que considere importante y que deba saber el médico o el profesor/a y no figure en la presente ficha.

Importante: El Instituto San Alfonso, solicita obligatoriamente, la entrega a los preceptores, la presente planilla (plazo de entrega: SEGUNDA SEMANA DE CLASES) y del CERTIFICADO MÉDICO con el APTO o NO APTO PSICOFÍSICO para realizar actividad física, (plazo de entrega hasta 30 de abril) de no remitirlas, el alumno **no podrá realizar Educación Física a fin de resguardarlo**, ni ser evaluado.

Si usted contesta de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores de Antecedentes de enfermedades, se le solicita que presente las certificaciones médicas que avalen esa información. En dicha certificación debe consignar el profesional médico, que el alumno/a se encuentra clínicamente apto/a o **no apto** para realizar actividad física, acorde a su edad. En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, debe comprometerse a informar a las autoridades del colegio, acompañando la certificación médica correspondiente.

Les recomendamos que para la ficha médica, es importante realizar los correspondientes exámenes cardiológicos, buco dental, de visión y audición. Los alumnos de 1er Ciclo del Primario, deberían realizar un electrocardiograma, junto con los estudios antes mencionados. Aquellos alumnos que utilicen PAF deberán tenerlo en su mochila o bolso personal, con las indicaciones correspondientes de uso.

En caso de que el alumno tenga algún problema de Salud:

Avisar a familiar:.....Apellido y NombreTeléfonos.....

Avisar a familiar:.....Apellido y NombreTeléfonos.....

Bella Vista , de de 20____.

Certifico que los datos de la presente autorización son verídicos. Conociendo el estado de Salud psicofísica de mi hijo/a, lo autorizo a que realice Educación Física, actividad física formativa, con esfuerzo cardiovascular adecuado, en función de su edad cronológica y sexo, según establecen los lineamientos del Diseño Curricular Jurisdiccional que rigen actualmente para las escuelas de la Provincia de Buenos Aires. Declaro que los datos consignados en la Ficha de Salud, tienen carácter de Declaración Jurada y se ajustan a la realidad. Me comprometo a entregar el Certificado Médico con el APTO o NO APTO, en tiempo y forma. Acepto además, que en el caso de ser necesario, los responsables del alumno, cumplan con las indicaciones dadas por el Servicio Médico que atienda a mi hijo/a y sigan las pautas que establecen las autoridades de la Institución. En caso de accidente, luego del aviso a los padres el alumno será trasladado a:

Firma Padre, Madre o Tutor

Aclaración

Tipo y N° de Documento

Ficha MÉDICA

Firmado por el Médico

Fotocopia de FOTO 4x4 del
ALUMNO

APTO PSICOFÍSICO - CERTIFICADO MÉDICO

Bella Vista, (fecha) de , de 20

Dejo constancia de haber examinado a
(nombre y apellido del alumno/a)

DNI Nro: de Año Div. Nivel Primario, que asiste al INSTITUTO

SAN ALFONSO, quien se presenta Clínicamente

APTO / NO APTO

 para la práctica de Educación
(TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

Física, acorde a su edad.

Observaciones
.....
.....

Firma y Sello del Médico

Fecha