

FICHA DE SALUD

Noviembre de 2017.-

Sres. Padres:

Por medio de la presente les hacemos llegar la **ficha de salud del colegio**. La misma cumplirá la función de informarnos sobre las particularidades físicas de sus hijos a fin de contar con los datos necesarios en caso de que fuesen requeridos por algún inconveniente que surgiera.

La ficha médica deberá estar **completa por un profesional MÉDICO** que certifique que su hijo/a está apto para realizar actividad física y **deberá entregarse a partir del martes 20/2/2018, los días martes y viernes de 9 a 11 horas en mano a la profesora de Ed. Física Carolina Argüello (ni al preceptor ni en Secretaría en el momento de la inscripción)**. Asimismo, les pedimos que, ante cualquier modificación que debiera incorporarse a la ficha, se comprometan a informarla al colegio, adjuntando la documentación correspondiente, dado que esta ficha deberá reflejar la realidad de sus hijos/as durante el ciclo lectivo 2018.

Por último, les recordamos que el alumno que no entregara durante la 1º semana del ciclo lectivo la presente ficha, no podrá realizar las actividades de la asignatura, sumando ½ inasistencia por clase y desaprobando la materia, cuando superara las 4 (cuatro) clases sin actividad física/ inasistencias en un trimestre.

Quedando a su disposición para cualquier consulta, los saludamos muy atentamente.

Equipo Directivo-

Nos comprometemos a actualizar la ficha de salud en la medida en que los datos volcados sobre esta, varíen.

Firma del padre/madre/tutor:..... Aclaración:

Curso del alumno en 2018: Fecha:

FICHA DE SALUD

Apellido y nombre del alumno:.....Curso 2018:.....

Domicilio: Calle:..... N° Localidad:.....

Fecha nacimiento:..... Lugar:.....

Teléfono/s:..... DNI: CI:.....

Edad:..... Talla:(en cm):..... Peso:..... Grupo sanguíneo y factor:.....

Antecedentes personales

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?			¿Ha padecido en fecha reciente alguna de las siguientes patologías?		
	Si	No		Si	No
Desmayos			Hepatitis (60 días)		
Cardiopatías congénitas			Sarampión (30 días)		
Alergias			Parotiditis (30 días)		
Convulsiones			Mononucleosis infecciosa		
Epilepsia			Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñecas (60 días)		
Asma					
Diabetes					
Otras:					

¿Toma medicamentos en forma permanente? Indique cuáles:

Nota: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems señalados precedentemente deberá presentar, conjuntamente con la ficha, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si, en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.

Observaciones:

EL/LA ALUMNO/A(nombre) _____

ESTÁ APTO / NO ESTÁ APTO (TACHE LO QUE NO CORRESPONDA) PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS DE ACUERDO A SU EDAD.

Firma, sello y matrícula médica

Firma padre/madre/ tutor

Aclaración