

FICHA DE SALUD

PERIODO LECTIVO 2026

Grado:..... Sección:..... EP

Datos del alumno:

Apellido:

Nombres:

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:

Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento:

Documento:

Obra Social:

Nº de afiliado:

En caso de traslado indique centro de salud

aconsejado:

.....

Datos familiares:

Nombre del Padre/Madre/Tutor:

.....

D.N.I.:

Nacionalidad:

Ocupación:

Teléfonos celular:

Teléfono del Trabajo:

E-Mail:

Nombre del Padre/Madre/Tutor:

.....

D.N.I.:

Nacionalidad:

Ocupación:

Teléfonos celular:

Teléfono del Trabajo:

E-Mail:

Nº telefónico de algún familiar responsable (indique número de línea y celular):

.....

Apellido y Nombre: DNI:

Parentesco con el alumno:

**POR FAVOR, EN TODOS LOS CASOS, CONSIGNAR TELÉFONO
PARTICULAR, CELULAR Y/O LABORAL PARA UNA COMUNICACIÓN
EFECTIVA EN CASO DE EMERGENCIA.**

Historia Clínica:

Completar con sí o no:

Epilepsia: Diabetes: Asma: Otras: (Especificar)

Grupo sanguíneo:

Grupo: Factor: Rh: ;

Vacunas o sueros recibidos:

Adjuntar fotocopia de calendario de vacunación obligatorio.

Es alérgico/a:

Antibióticos: Medicamentos:
Comidas: Otros:

Por razones de seguridad, no se podrá participar de las clases de educación física con aros, colgantes o cadenas.

En mi carácter de padre/madre y/o tutor asumo la responsabilidad que el estado de salud de mi hijo es adecuado para realizar actividad física y que los datos consignados son correctos.

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos.

Lugar y Fecha:

Firma del Padre/Madre/Tutor:

Aclaración: DNI:

EDUCACIÓN FÍSICA

En las clases de educación física se desarrollan actividades con esfuerzo cardiovascular acorde a la edad y al sexo y en correspondencia con los lineamientos curriculares vigentes.

Sin embargo, en aquellos casos en que alguna afección impida o limite la actividad física, debe presentarse un certificado médico que aclare la limitación y el tiempo de recuperación.

Indicar si existe alguna condición que limite la actividad física:

.....
.....

Lugar y Fecha:

Firma y sello del Profesional

INFORMACIÓN:

El Colegio cuenta con el servicio de Emergencias Médicas (CARDIO) el cual será utilizado cuando las circunstancias lo requieran.

La presente Ficha de Salud tendrá validez hasta el 30/12/2026

Por favor, adjuntar dos copias del carnet de la Obra Social.