

**FICHA MÉDICA**

APELLIDO Y NOMBRE: _____ GRADO: _____

DNI: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___

DOMICILIO DE LOS PADRES: _____

EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ TEL: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____ FACTOR RH: _____

OBRA SOCIAL: _____ N° SOCIO: _____

- Vacunas: (adjuntar certificado de vacunación si aún no lo hizo).
- Enfermedades que padece o padeció (marcar con una cruz).

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco	Varicela	Bronquitis
Meningitis	Epilepsia	Tos convulsa	Hernias	Asma	Paperas
Prob.Neurológicos	Diabetes	Sinusitis	Reumatismo	Cardiopatías	

Otras: _____

Operaciones: _____ Traumatismo/fracturas: _____

Es alérgico? _____ A qué? _____

Toma alguna medicación: _____ Tiene problemas de coagulación? _____

Señalar actividades que el alumno no deba realizar por prescripción médica exclusivamente

APTO FÍSICO

Certifico haber examinado a _____

DNI: _____ quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.

Para ser presentado ante las autoridades del **INSTITUTO SAGRADA FAMILIA**.

Buenos Aires, ___ de _____ de 20__.

Firma del Profesional._____
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula.

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.

Firma del padre/madre o tutor._____
Aclaración.

IMPORTANTE: sala de 5 años, 1º, 2º y 3º grado: ENVIAR DURANTE MARZO DIAGNÓSTICO DE **AGUDEZA VISUAL Y FONOAUDIOLÓGICO**.
1º, 2, 6 Y 7º GRADO: ENVIAR VACUNAS ACTUALIZADAS.

ESTA FICHA DEBE ENTREGARSE COMO FECHA LÍMITE 30 DE MARZO 2022.