



### Datos del Alumno

Apellido/s y Nombre/s				DNI		Grad o	División
Edad	Fecha de Nacimiento		Lugar de Nacimiento			Nacionalidad	
Domicilio (Calle)		Número	Piso	Dpto.	Localidad - Barrio		Código Postal
Teléfono		Teléfono Celular		Correo Electrónico			

### Datos sobre la Salud

Peso	Talla	Padece actualmente (indicar SÍ o NO):				
Diabetes <input type="checkbox"/>	Cardiopatías <input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>	Hipotensión Arterial <input type="checkbox"/>	Asma Bronquial <input type="checkbox"/>		
Hernia inguinal o crucial <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>				
¿Recibe tratamiento médico? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Es alérgico/a? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ¿A qué? _____						
¿Recibe tratamiento? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Recibe alguna medicación en forma habitual? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Para qué? _____						
¿Presenta alguna limitación física? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Presenta alguna situación particular determinada por su médico? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____						
¿Está apto para realizar Educación Física? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>						
¿Tiene actualizado el Calendario de Vacunas? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>						
¿Posee cobertura médica? No <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ N° de socio _____						

**Los datos consignados en la presente ficha revisten el carácter de declaración jurada y son, únicamente, responsabilidad de padres, tutores o personas a cargo de los alumnos, quienes se comprometen a informar por escrito cualquier circunstancia que modifique esta declaración.**

LA PRESENTE FICHA **DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA** DEBE SER ENTREGADA DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE CLASE EN CASO CONTRARIO NO PODRÁ CONCURRIR A LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA Y LAS INASISTENCIAS SERÁN COMPUTADAS

Firma del Padre		Firma de la Madre		Firma del Tutor, Encargado o Responsable	
Aclaración	DNI	Aclaración	DNI	Aclaración	DNI

El Instituto cuenta con la asistencia médica de **SANIDAD EDUCATIVA (Congreso 3015 CABA – tel 4542-2323)**. En caso de ser necesaria la derivación de un alumno, se hará a un centro asistencial perteneciente al Gobierno de la Ciudad. Los padres, tutores o responsables deberán asistir al mismo una vez notificados y tomar las decisiones que consideren adecuadas en cuanto a la atención, diagnóstico y tratamiento. El traslado a centros asistenciales dependientes de la obra social o medicina prepaga de la familia dependerá exclusivamente de los padres, tutores o responsable. En cualquier circunstancia el Instituto deslinda toda responsabilidad.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Certifico que  ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha encontrándose en condiciones de realizar actividades escolares y actividades físicas recreativas y/o deportivas no competitivas acordes con su edad, sexo y grado de maduración y desarrollo.

*Firma del médico*

*Sello*

Instituto  
Santa Ana y  
San Joaquín 