



Datos del Alumno

| | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <i>Apellido/s y Nombre/s</i> | | | | <i>DNI</i> | <i>Grado</i> | <i>División</i> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| <i>Edad</i> | <i>Fecha de Nacimiento</i> | | <i>Lugar de Nacimiento</i> | | <i>Nacionalidad</i> | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <i>Domicilio (Calle)</i> | | <i>Número</i> | <i>Piso</i> | <i>Dpto.</i> | <i>Localidad - Barrio</i> | <i>Código Postal</i> |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| <i>Teléfono</i> | | <i>Teléfono Celular</i> | | <i>Correo Electrónico</i> | | |

Datos sobre la Salud

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

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 | |
| Aclaración | DNI |

| | |
|-------------------|-----|
| | |
| Firma de la Madre | |
| Aclaración | DNI |

| | |
|--|-----|
| | |
| Firma del Tutor, Encargado o Responsable | |
| 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 2021

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 