



CENTRO EDUCATIVO CATOLICO

CEFERINO NAMUNCURA

Nivel Inicial Ntra. Sra. de la Guardia DIEGEP N° 6435

Escuela Parroquial Ntra. Sra. de la Guardia DIEGEP N°613

Instituto Ceferino Namuncurá DIEGEP N°4845

NIVEL ESCUELA SECUNDARIA

Ficha de Antecedentes de Salud

Apellido y nombre del alumno..... DNI.....
 Edad.....Año que cursa.....
 Domicilio.....
 Localidad.....Teléfono Particular.....
 Apellido y nombre del padre.....E-mail.....
 Apellido y nombre de la madre.....E-mail.....
 Teléfono laboral del padre..... Celular.....
 Teléfono laboral de la madre.....Celular.....
 En caso de urgencia llamar a.....Teléfono.....
 Factor y grupo sanguíneo.....Obra social.....N° Afiliado.....

Autorización Médica*

Responder por si o no con una x	SI	NO	Responder por si o no con una x	SI	NO
1. <u>Se encuentra padeciendo:</u> Procesos inflamatorios: Procesos infecciosos: Otros:			6. Alguna otra situación particular determinada por el médico que incida en la actividad física del alumno: Indique cual		
2. <u>Padece alguno de los siguientes trastornos / enfermedades:</u> Cardiopatías congénitas o infecciosas: Asma: Diabetes: Trastornos alimenticios: Hernias inguinales / crurales: Alergias: Convulsiones: Otros:			7. Alguna otra situación particular determinada por el médico que incida en la actividad deportiva y competitiva del alumno: Indique cual		
3. <u>Ha padecido en fecha reciente:</u> Hepatitis (últimos 60 días): Sarampión (últimos 30 días): Parotiditis (últimos 30 días): Mononucleosis (últimos 30 días): Otras:			8. Está apto para realizar educación física:		
4. Se encuentra bajo tratamiento médico: Otro: Indique motivo			9. Está apto para realizar deportes:		
5. Toma medicamentos en forma permanente: Indique cual/es			10. Está apto para realizar actividades deportivo competitivas:		

*En caso de responder afirmativamente alguno de los ítems, si fuera necesario deberá presentar certificación médica que habilite al alumno a realizar las actividades de educación física, deportes y competencias deportivas.

Fecha:..... Firma y sello del Profesional

Firma y aclaración del Padre.....

Firma y aclaración de la Madre.....

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

Contrato Anual de Enseñanza, Artículo 9 (Resumen)

- a) Participación de las clases de Educación Física
- b) Traslado al Campo de Deportes
- c) Participación en Encuentros Deportivos en el Centro o en otros
- d) Ser atendidos por el Servicio Médico que el colegio establezca

Cualquier nuevo dato relacionado con la salud del alumno/a que no haya sido declarado en la presente ficha, deberá ser comunicada a la dirección del nivel correspondiente.

La presente reviste carácter de declaración jurada.

La omisión de datos o falsedad de los mismos será exclusiva responsabilidad de los señores padres.

La presente ficha de salud deberá ser presentada por duplicado EN LA PRIMERA SEMANA DE CLASES.

Apellido y Nombre del alumno:

Año que cursa:

Firma de la Madre:

Aclaración:

DNI:

Firma del Padre:

Aclaración:

DNI:

Lugar y fecha: