



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 PRIMARIA

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.....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, antes del inicio de clases, en la primera reunión informativa del mes de febrero.

Fecha _____ Firma de la Madre _____ Aclaración _____

Fecha _____ Firma del Padre _____ Aclaración _____