



## FICHA DE SALUD – Año lectivo 2025

Completar en **LETRA IMPRENTA** - Entregar **ORIGINAL y FOTOCOPIA + FOTOCOPIA CARNET OBRA SOCIAL**  
Fecha de entrega: Antes del 20 de MARZO

|  |                  |                                  |                  |
|--|------------------|----------------------------------|------------------|
| Apellido y nombre:   |                  | Curso:                           | Div:             |
| Fecha de nacimiento:   | Edad:            | D.N.I                            | Grupo sanguíneo: |
| Dirección:   |                  |                                  |                  |
| Teléfono particular:   | Otro teléfono 1: | Otro teléfono 2:                 |                  |
| Celular 1:   | Celular 2:       | Celular 3:                       |                  |
| Obra social / Prepaga:   |                  | Nro. afiliado:                   |                  |
| <b>¿Padece o padeció algunas de las siguientes enfermedades? responder SI - NO aclarando si es necesario</b> |                  |                                  |                  |
| Metabólicas-Diabetes:  |                  | Anemias:                         |                  |
| Cardiopatías congénitas:   |                  | Mononucleosis infecciosa:        |                  |
| Cardiopatías infecciosas:  |                  | Desviación de columna:           |                  |
| Hernias inguinales-cruales:  |                  | Esguince - luxación o fracturas: |                  |
| Hepatitis  |                  | Asma:                            |                  |
| Parotiditis:   |                  | Convulsiones:                    |                  |
| Epilepsia:   |                  | Alergias:                        |                  |
| ¿Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios?   |                  |                                  |                  |
| ¿Se desmayó alguna vez durante la actividad física?  |                  |                                  |                  |
| ¿Padece alguna enfermedad crónica?   |                  |                                  |                  |
| Otra situación determinada por el médico: (adjuntar nota si es necesario)                                    |                  |                                  |                  |

### AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

Autorizo a mi hijo/a \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_ división \_\_\_\_\_  
a realizar durante el ciclo lectivo 2025 todas las actividades físicas propuestas por el colegio y a ser trasladados mediante transporte escolar contratado por la Institución al campo de deportes (Club de Deportes del Círculo Policía Federal) (Anexo), Sitio en Santiago de Calzadilla 1350 y Av. Lugones, CABA.

Los que suscriben, en la eventualidad de asistencia médica, AUTORIZAN al facultativo interviniente a adoptar los recaudos profesionales que considere convenientes. El Colegio cuenta con el servicio de urgencias de Sanidad Educativa de Gestión Privada. A su vez quienes aquí firman, se comprometen a dar aviso inmediato de cualquier cambio en la condición de salud del alumno haciéndose responsable/s de las omisiones que hubieran incurrido al cumplimentar la presente ficha de salud.

#### FIRMA OBLIGATORIA de AMBOS PROGENITORES /RESPONSABLES PARENTALES

Progenitor \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

Progenitor \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

Tutor \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_

### ► A completar, firmar y sellar por el MÉDICO:

Certifico que \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido del alumno)  
se encuentra \_\_\_\_\_ para realizar Educación física escolar durante el año lectivo 2025.  
(APTO - NO APTO )

Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_