COMPLEJO EDUCATIVO VALLE DE LERMA N° 8221
Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología. Provincia de Salta
Dirección General de Educación Privada
General Güemes 786 – Tel/fax: 0387-4906108-La Merced-C.P. 4421

F.2

FICHA DE APTITUD FÍSICA Y RECONOCIMIENTO GENERAL. Nivel Secundario

Periodo Lectivo 2.0….

Estimadas Familias:

Los datos de esta ficha nos permitirán conocer mejor a su hijo/a y así podremos trabajar capacidades de forma correcta. También, nos serán de utilidad para ser los más eficientes posibles, en caso de tener que brindarle primeros auxilios. Por ello, por favor llenar el formulario adecuadamente.

Para su tranquilidad, les informamos que la ficha es confidencial y sólo será tratada en caso de ser necesario, con Ud. y/o con el profesional de la Salud.

La presente ficha avala la aptitud física para trabajar en forma normal durante las actividades escolares, clases de Educación Física y Talleres Deportivos; por lo cual debe ser firmada por el profesional médico.

Por último, se informa que su hijo/a no podrá realizar actividad física, si no cuenta con la ficha debidamente completa y firmadas por los médicos que corresponden.

APELLIDOS Y NOMBRES: ……
SEXO: MASCULINO - FEMENINO DNI:……
LUGAR DE NACIMIENTO: …… PAIS…… PROVINCIA:……
FECHA: ……./……/…… TELÉFONO/S PARTICULAR/ES:……
DOMICILIO ACTUAL:……LOCALIDAD:……

-SABE NADAR: SI - NO GUSTA DE LAS ACTIVIDADES FÍSICAS: SI - NO
-DEPORTES QUE PRACTICA O PRACTICÓ:……
-SU GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR:……
-USA ANTEOJOS: SI - NO CUÁNDO:……
-USA LENTES DE CONTACTO: SI - NO CUÁNDO:……
-SUFRE ALGUNA AFECCIÓN A LA PIEL: SI - NO CUÁL:……
-PADECE ALGUNA ANOMALÍA EN LOS PIES: SI - NO CUÁL:……
-USA CALZADO ESPECIAL: SI - NO CUÁNDO:……
-FUE OPERADO DE APÉNDICE: SI - NO FECHA:……/……/……..
-POSEE ALGÚN TIPO DE HERNIA: SI - NO CUÁL:……
-POSEE ALGUNA FORMACIÓN ÓSEA QUE LE IMPIDA O RESTRINJA LA PRÁCTICA DEPORTIVA: SI - NO
-CUÁL O CUÁLES:……
-TUVO O TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:
HEPATITIS - SARAMPIÓN - VARICELA - PAPERA - ASMA - EPILEPSIA - CUÁNDO Y CUÁLES:……
……

TIENE ALGÚN ANTECEDENTE DE:
-AFECCIONES CARDÍACAS: SI - NO CUÁLES:……
-AFECCIONES RENALES: SI - NO CUÁLES:……
-AFECCIONES RESPIRATORIAS O PULMONARES: SI - NO CUÁLES:……
-TIENE PUESTA LA VACUNA ANTITETÁNICA: SI - NO FECHA: ……../……../…….
-TOMA ALGÚN REMEDIO EN FORMA FRECUENTE: SI - NO CUÁL Y PORQUÉ:……
……
-POSEE ALGÚN TIPO DE ALERGIA: SI - NO A QUÉ:……
-***DESEA COMENTARNOS ALGO DE LA SALUD DE SU HIJO/A QUE CONSIDERE DEBAMOS SABER:***
……
……
-CARNET DE VACUNACIÓN CORRESPONDIENTE A SU EDAD: SI - NO. COMPLETO: SI - NO
RECOMENDACIONES: Es conveniente, previa consulta con su médico de cabecera, que el alumno se efectúe un electrocardiograma o una ergometría de esfuerzo.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR:……
ACLARACIÓN:…… LA MERCED…….DE……DE 20……

….....A ser llenado solo por la Institución……..

Paso 1: Recepción	Paso 2: Control Secretaría	Paso 3: Control Dirección	Paso 4: Control Prof. Ed. Física
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /
Firma autoridad Administrativa	Firma Secretaria Académica	Firma Directivo Nivel Secundario	Firma del Profesor Responsable

COMPLEJO EDUCATIVO VALLE DE LERMA N° 8221
Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología. Provincia de Salta
Dirección General de Educación Privada
General Güemes 786 – Tel/fax: 0387-4906108-La Merced-C.P. 4421

F.3

FICHA DE APTITUD FÍSICA. Nivel Secundario

Periodo Lectivo 20…

Certifico que ……con D.N.I. Nº……de…….años de edad, ha sido examinado/a clínicamente en el día de la fecha encontrándose en condiciones de realizar **ACTIVIDADES ESCOLARES**, incluidas las propias de **EDUCACIÓN FÍSICA** escolar curricular, que debe corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

No presenta signos o síntomas de enfermedad Infecto-Contagiosa.

-Apto:……. -No Apto: …..(presentación de certificado)

· Para la práctica de **Natación** (pediculosis y micosis) se encuentra:

-Apto: …… -En tratamiento: ……

· **Esquema de vacunación:**

-Completo: …… -Incompleto: ……..

· T/A (Tensión Arterial): ……..

· **Valoración Cardiológica:** …….

· **Observaciones:**……

· **Firma y sello del Médico:** **Fecha:**…./ …./….

SALUD BUCAL

-Buena: …… -En tratamiento: ……

· **Observaciones:**
……
……

· **Firma y sello del Odontólogo:** **Fecha:**…./ …./….

DATOS ANTROPOMÉTRICOS.

· Talla (en cm.): …… Peso: ……

-Normonutrido: …… -Desnutrido: ……. -Riesgo Nutricional: …….

-Sobrepeso: …… -Obesidad: …….

· **Observaciones:**
……

· **Firma y sello del Nutricionista:** **Fecha:**…./ …./….

La Merced,…… de ……..…… de 20….