

F I C H A M E D I C A D E L A D . G . E . G . P .
C I C L O L E C T I V O 2 0 . . .

I N S T I T U T O P R I V A D O ' E S C U E L A C A N G A L L O ' A - 1 7 4

APELLIDO Y NOMBRE: _____	Grado : _____
TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ___ / ___ / ___ EDAD: _____ SEXO: _____	
DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: _____	
EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: _____ TEL: _____	
GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR Rh: (___) _____	
OBRA SOCIAL: _____ SOCIO N° _____ TEL: _____	

- **VACUNAS Solo para 1er grado** (Presentar fotocopia de certificados de vacunación actualizadas en Secretaría)
- **ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ** (Marcar con un círculo)

Sarampión	Otitis	Escarlatina	Celíaco
Varicela	Bronquitis	Meningitis	Epilepsia
Tos convulsiva	Hernias	Asma	
Paperas	Sinusitis	Problemas neurológicos	
Cardiopatías	Diabetes	Reumatismo	
Otras: _____			

- ANTECEDENTES DE INTERÉS

Operaciones: _____

Traumatismos / fracturas _____

¿Es alérgico? _____ ¿A que? _____

¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre de diabetes? _____ ¿Tiene problemas de coagulación? _____

Buenos Aires,

APTO FISICO

Certifico haber examinado a
DNI..... Quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad.
Para ser presentado ante las autoridades del Instituto.....
Buenos Aires,..... del mes de..... de 20.....

.....
Firma del Profesional

.....
Sello Aclaratorio y N° de Matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

.....
Firma del Padre, Madre o Tutor

.....
Aclaración