



### FICHA MÉDICA PERSONAL DEL ALUMNO

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los alumnos.

**Apellido/s y Nombre/s del alumno/a:**

Curso: **1° Año**

División:

Ciclo Lectivo: **2026**

DNI:

Edad:

Peso:

Altura:

Obra Social:

Nº Afiliado:

Grupo Sanguíneo:

FC:

Presión Arterial:

Tel. casa/celular de los padres:

Teléfono de contacto en casos de urgencias:

¿Medicación Permanente?

SI ☐

NO ☐

Si respondió SI, especifique:

Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?

SI ☐

NO ☐

**Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.**

¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación?

SI ☐

NO ☐

En caso de responder NO, indique las que faltan:

Otras vacunas:

**FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL**

**ACLARACIÓN**

**DOCUMENTO**

***El arriba firmante se compromete a comunicar formalmente al Profesor de Educación Física y a la autoridad escolar cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y, en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.***



| PARA COMPLETAR POR PROFESIONAL MÉDICO                                                                     |    |                          |                               |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------|-------------------------------|--|
| Completar con una CRUZ SI PADECE o NO las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.         |    |                          |                               |  |
|                                                                                                           | SI | NO                       | SI RESPONDIÓ SÍ,<br>EXPLIQUE. |  |
| Asma, crisis asmáticas                                                                                    |    |                          |                               |  |
| Problemas Cardiovasculares (soplos, arritmias, cardiopatía congénita)                                     |    |                          |                               |  |
| Alguna dificultad respiratoria                                                                            |    |                          |                               |  |
| Dificultades Osteoarticulares:                                                                            |    |                          |                               |  |
| * Dolencia                                                                                                |    |                          |                               |  |
| * Desviaciones de columna, pies u otros huesos                                                            |    |                          |                               |  |
| Traumatismos                                                                                              |    |                          |                               |  |
| Ha presentado síncope                                                                                     |    |                          |                               |  |
| Dificultades Neurológicas:                                                                                |    |                          |                               |  |
| * Ha presentado convulsiones                                                                              |    |                          |                               |  |
| * Trastornos del sueño: insomnio, terrores nocturnos, sonambulismo                                        |    |                          |                               |  |
| * Dificultad de la marcha                                                                                 |    |                          |                               |  |
| * Padece epilepsia                                                                                        |    |                          |                               |  |
| Dificultad de audición, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otitis.                                       |    |                          |                               |  |
| Algún tipo de alergia/ afecciones alérgicas                                                               |    |                          |                               |  |
| Trastornos alimentarios                                                                                   |    |                          |                               |  |
| Diabetes                                                                                                  |    |                          |                               |  |
| Cirugías previas                                                                                          |    |                          |                               |  |
| Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud (especificar)                                           |    |                          |                               |  |
| CERTIFICO QUE EL ALUMNO SE ENCUENTRA:                                                                     |    | APTO                     | NO APTO                       |  |
| PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA ACORDE A SU EDAD Y ESTADO DE SALUD, PARA EL CICLO LECTIVO 2026 |    |                          |                               |  |
|                                                                                                           |    |                          |                               |  |
| Fecha:     /     /                                                                                        |    | FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO |                               |  |