



# COLEGIO SAN JUAN EL PRECURSOR

## FICHA MÉDICA Y AUTORIZACIÓN PARA ACTIVIDAD FÍSICA

San Isidro, ..... de ..... 20 .....

Nombre y apellido	Curso
-------------------	-------

Fecha de Nacimiento	Documento	Teléfono Particular	Teléfono Alternativo Indicar vínculo
---------------------	-----------	---------------------	--------------------------------------

Cobertura Médica	Número de Cobertura
------------------	---------------------

En caso de emergencia comunicarse con:		Institución de derivación	
Nombre y apellido		Entidad	
Teléfono		Dirección	

Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades: (escribir Si o No)	
Metabólicas: Diabetes	
Celiaquía	
Hepatitis	
Sarampión	
Cardiopatías	
Hernias	
Alergias	
Convulsiones	
Esguinces o Luxaciones	

VACUNACIÓN OBLIGATORIA
Certifico que el alumno recibió la vacunación obligatoria de acuerdo a su edad. <b>SI NO</b> (tachar lo que no corresponda)

Antecedentes significativos – Medicación – Otros datos de interés

Peso	Talla	Presión Mínima	Presión Máxima
------	-------	----------------	----------------

AUTORIZACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR			
Autorizo a mi hijo para participar durante el presente ciclo lectivo de las clases de Educación Física y a trasladarse hacia el campo de deportes en micro o por sus propios medios.			
Firma padre, madre o tutor	Aclaración de firma	DNI	Fecha

### AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA

El que suscribe .....  
 médico Mat Profesional N° ..... toma conocimiento y autoriza al  
 alumno ..... que  
 cursa ..... año EP a realizar actividad física y con esfuerzo cardiovascular, de  
 acuerdo a la edad y conforme a los lineamientos curriculares y extracurriculares  
 vigentes y declara que los datos arriba mencionados son auténticos

.....  
Firma

.....  
sello