



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. SI NO (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 natación (excluyente Sala de 5)			
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 sala de 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