



COLEGIO SAN JUAN EL PRECURSOR

FICHA MÉDICA Y AUTORIZACIÓN

San Isidro, de 20

Nombre y apellido	Curso

Fecha de Nacimiento	Documento	Teléfono Particular	Teléfono Alternativo	Pertenece a

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	

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 por sus propios medios.			
Firma padre, madre o tutor	Aclaración de firma	DNI	Fecha

AUTORIZACIÓN MÉDICA

El que suscribe (nombre y apellido del médico) Matrícula Profesional N° toma conocimiento y autoriza al alumno (nombre y apellido) que cursa (año y división) año ES 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 del médico

.....
sello