



FICHA DE SALUD Y DATOS DEL ALUMNO/A AÑO 2021

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR LOS PADRES
FECHA DE ENTREGA **hasta el viernes 12/03** MUCHAS GRACIAS!

APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO/A		
FECHA DE NACIMIENTO Y LUGAR:		
NACIONALIDAD:		
DOMICILIO:		
DNI:		
TELÉFONO		

LA INFORMACIÓN SERÁ TENIDA EN CUENTA PARA LA ATENCIÓN DEL ALUMNO/A EN CASO DE EMERGENCIA U OTRA NECESIDAD.

MARCAR CON UNA (X) LO QUE CORRESPONDA

	RECIBÍ TRATAMIENTO?	
	SI	NO
DIABETES		
BRONQUITIS OBSTRUCTIVA		
CRISIS ASMÁTICA		
SÍNDROME CONVULSIVO		
EPILEPSIA		
CARDIOPATÍA CONGENITA		
SOPLO		
FIEBRE REUMÁTICA		
CIRUGÍAS		
HERNIAS		
QUEMADURAS		
INTOXICACIONES		
ALERGIAS		
TRAUMATISMO DE CRÁNEO		
FRACTURAS		
RUBEOLA		
MONONUCLEOSIS		
VARICELA		
SARAMPIÓN		
OTROS		

¿EL ALUMNO/A USA REGULARMENTE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN?

¿CUÁL? : _____

MOTIVO : _____

¿POSEE EL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN? : _____

PARA NIVEL INICIAL ENTREGAR FOTOCOPIA DE CARNET DE VACUNACIÓN

DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR	PADRE	MADRE	TUTOR
APELLIDO Y NOMBRE:			
NACIONALIDAD:			
PROFESIÓN:			
DOMICILIO:			
DNI:			
TELÉFONOS EN CASO DE EMERGENCIA:			
RESPONSABLES QUE RETIRAN AL ALUMNO:			

NOTA: CUALQUIER CAMBIO POR FAVOR INFORMAR A LA BREVEDAD

AUTORIZO A MI HIJO/A A REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA: SI NO. (Marcar con un círculo lo que corresponda).