



FICHA DE SALUD Y DATOS DEL ESTUDIANTE

AÑO 2024

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR LAS FAMILIAS.
FECHA DE ENTREGA: **HASTA EL VIERNES 11/03.**

Apellido y Nombre del Estudiante:	
Fecha y lugar de nacimiento:	
Nacionalidad y Nro. de DNI:	
Domicilio:	
Teléfono:	
Mail:	
Obra social y nro. de socio:	

***LA INFORMACIÓN SERÁ TENIDA EN CUENTA PARA ATENCIÓN DEL ESTUDIANTE EN CASO DE EMERGENCIA U OTRA NECESIDAD.**

	¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?			¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?		* ESPECIFICAR ALGUNAS:
	SÍ	NO		SÍ	NO	
Diabetes			Quemaduras			
Bronquitis obstructiva			Intoxicaciones			
Crisis asmática			Alergias*			
Síndrome convulsivo			Traumatismo de cráneo			
Epilepsia			Fracturas			
Cardiopatía congénita			Rubeola			
Soplo			Mononucleosis			
Fiebre reumática			Varicela			
Cirugías			Sarampión			
Hernias			Otros			

¿EL ESTUDIANTE USA REGULARMENTE ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN? _____ ¿CUÁL? _____

MOTIVO: _____ ¿POSEE EL ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN? _____

*PARA NIVEL INICIAL ENTREGAR FOTOCOPIA DE CARNET DE VACUNACIÓN

DATOS PADRE/MADRE/TUTOR *COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS REQUERIDOS

	PADRE	MADRE	TUTOR
Apellido y nombre:			
Nacionalidad:			
Profesión:			
Domicilio:			
DNI:			
Teléfono:			
Mail:			

RESPONSABLES QUE RETIRAN AL ESTUDIANTE: _____

*Indicar nombre completo, DNI y número de teléfono.

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

NOTA: Adjuntar certificado de aptitud física expedido por el pediatra.

FIRMA

ACLARACIÓN