



FICHA DE SALUD Y DATOS DEL ALUMNO/A AÑO 2023

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA POR LAS FAMILIAS.

FECHA DE ENTREGA: HASTA EL VIERNES 12/03.

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

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

	¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?			¿RECIBIÓ TRATAMIENTO?		
	SI	NO		SI	NO	
DIABETES			QUEMADURAS			*Especificar alergias: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
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 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 PADRE/MADRE/TUTOR *COMPLETAR TODOS LOS CAMPOS REQUERIDOS

	PADRE	MADRE	TUTOR
APELLIDO Y NOMBRE:			
NACIONALIDAD :			
PROFESIÓN:			
DOMICILIO:			
DNI:			
TELÉFONO			
EMAIL:			

RESPONSABLES QUE RETIRAN AL ALUMNO/A: _____

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.