FICHA PERSONAL DEL ALUMNO - PROVISORIA

(Completar con letra imprenta mayúscula)

La información personal de este formulario será utilizada para propósitos educacionales, de salud y de bienestar de los alumnos.

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ALUMNO/A:			
ESCUELA:			
Curso:	División:	Turno:	Ciclo Lectivo:
DNI:	Edad:	Teléfono casa/celular de los padres:	
Obra Social:	Nº Afiliado:		
Otros teléfonos de contacto en caso de urgencia:			
¿Medicación Permanente? SI / NO	Si respondió SI, especifique:		

¿Existe alguna actividad física en la cual su médico haya indicado que su hijo/a no debería participar?	SI	NO
Si respondió SI, complete con la Certificación Médica necesaria e informe a la autoridad escolar.		
¿Tiene todas las vacunas, según Calendario Nacional de Vacunación? SI / NO		
En caso de responder NO, indique las que faltan:		
Otras vacunas:		

IMPORTANTE: El/la abajo firmante se compromete a comunicar formalmente a la Autoridad Escolar y al Profesor de Educación Física y a cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha y, en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.

FIRMA DEL PADRE, MADRE, TUTOR LEGAL	ACLARACIÓN	DOCUMENTO

PARA COMPLETAR POR PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL.

Peso:	Altura:	Grupo Sanguíneo:	Presión Arterial:	FC:

Completar con una CRUZ si padece o no las siguientes afecciones/problemas de salud/ enfermedades.

	SI	NO	Si respondió SÍ, especifique
DIFICULTADES RESPIRATORIAS			
*Asma, crisis asmáticas			
*Otras:			
DIFICULTADES NEUROLÓGICAS			
*Convulsiones, epilepsia			
*Otras:			
	SI	**NO**	**Si respondió SÍ, especifique**
DIFICULTADES CARDIOVASCULARES			
*Soplos, arritmias, cardiopatía congénita			
*Otras:			

DIFICULTADES VISUALES, MOTORAS Y/0 AUDITIVAS			
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA			
*Bulimia, anorexia			
*Otros:			
TRASTORNOS DEL SUEÑO			
*Insomnio, sonambulismo, terrores nocturnos			
*Otros:			
TRASTORNOS DEL APARATO DIGESTIVO			
*Celiaquía, alteraciones digestivas			
*Otros:			
ALERGIAS			
*Respiratorias, dermatológicas, etc			
*Otros:			
DIFICULTADES OSTEOARTICULARES			
*Desviaciones de columna, pies u otros huesos			
*Traumatismos			
*Otros:			
ENFERMEDADES METABÓLICAS			
*Diabetes, Gota, Obesidad, Bajo peso			
*Otras:			
TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ÁREA DE SALUD MENTAL			
CIRUGÍAS PREVIAS			
Otras afecciones/enfermedades/ problemas de salud			

Los datos por usted informados revisten carácter de declaración jurada, debiendo ser cumplimentados sin omisiones ni falsedades.

Fecha: / /	FIRMA DE PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL.