FICHA MÉDICA

FICHA INDIVIDUAL MÉDICA 2017

SEÑORES PADRES: ESTA FICHA DEBE SER COMPLETADA POR UN FACULTATIVO
Y ENTREGARSE DURANTE LA PRIMER SEMANA DE CLASE A LOS PROFESORES DE ED. FISICA

1.APARATO RESPIRATORIO					
Alérgico	SÍ - NO	Asma bronquial	SÍ - NO	Sinusitis	SÍ - NO
Otros:					
2.APARATO CARDIOVASCULAR					
Palpitación	SÍ - NO	Disritmia	SÍ - NO	Soplo Funcional	SÍ - NO
Grupo Sanguíneo :			Resultados electrocardiograma		
3.INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS			SÍ - NO		
¿Cuáles?					
4.EPILEPSIA			SÍ - NO		
5.ALTERACIONES AUDITIVAS			SÍ - NO		
6.ALTERACIONES VISUALES			SÍ - NO		
7. ENFERMEDADES ENDÓCRINAS			SÍ - NO		
8. ASPECTO POSTURAL			SÍ - NO		
Pie Valgo	SI - NO		Pie Plano	SI - NO	
Lordosis SI -NO		Cifosis SI-NO			
Otros:					

9.OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS NO DETALLADOS(DETALLAR) :

Por la presente CERTIFICO que el alumno.....DNI N° .....,que ha sido atendido en la fecha , se encuentra APTO para realizar actividades físicas y acuáticas durante todo el año.

.....	.....	.....
Apellidos y nombres del médico	Sello	Firma del médico

Lugar:..... Fecha ..../..../..... Fecha de revisación médica.....

SIN LA FICHA MEDICA, EL ALUMNO NO PODRÀ ASISTIR A EDUCACION FÍSICA Y/O SALIDAD EDUCATIVAS DENTRO DEL RADIO DE LA INSTITUCION (10 CUADRAS A LA REDONDA) CON LAS CONSECUENCIAS ADMINISTRATIVAS Y PEDAGÓGICAS CORRESPONDIENTES.

Autorizo a mi hijo/a a realizar EDUCACIÓN FISICA los lugares y los días que determine el Instituto General Belgrano.

FECHA: _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ALUMNO: _____

CURSO: _____

FIRMA DEL RESPONSABLE : _____

ACLARACIÓN : _____