



## COLEGIO DE LOS SANTOS PADRES

EDUCACIÓN PRIMARIA

Departamento de Educación Física

### FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD

La presente ficha tiene carácter de **DECLARACIÓN JURADA**.

Para los alumnos de 1° EP: Fotocopia de Control oftalmológico y Audiometría y del plan de Vacunación Obligatorio.

Para los alumnos de 6° EP: Fotocopia de Plan de Vacunación Obligatorio.

<b>Nombre y apellido</b>	<b>Curso</b>

<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Documento</b>	<b>Teléfono Particular</b>	<b>Cel. madre</b>	<b>Cel. padre</b>

<b>Domicilio</b>	<b>Localidad</b>

<b>Cobertura médica</b>	<b>Número de Cobertura</b>

<b>Grupo Sanguíneo y Factor</b>

<i>Indicar con una X</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<b>a) Se encuentra padeciendo</b>		
• Problemas auditivos (hipoacusia u otros)		
• Problemas visuales		
• Dificultades en el lenguaje		
• Algún proceso inflamatorio/infección		
• Alteraciones en la marcha o en la columna		
• Problemas respiratorios-asma u otros relacionados. Alergia (Especificar en el ítem h)		
• Presenta alguna limitación física (Especificar en el ítem h)		
<b>b) Padece alguna de las siguientes enfermedades</b>		
• Metabólicas: diabetes-celiaquía		
• Cardiopatías congénitas o infecciosas		
• Hernias inguinales-cruralea		
• Otras		
<b>c) Ha padecido en fecha reciente</b>		
• Convulsiones (6 meses)		
• Hepatitis (60 días)		
• Sarampión (30 días)		
• Parotiditis (30 días)		
• Mononucleosis infecciosa (30 días)		
• Cirugía (6 meses) (Especificar en el ítem h)		
• Esguines o luxaciones de tobillos, hombros (60 días)		

**RESALTAR la opción correcta y especificar**

<b>e) ¿Toma medicación en forma permanente? SI NO ¿Cuál?</b>
<b>f) ¿Se encuentra realizando algún tratamiento médico? SI NO ¿Cuál?</b>
<b>g) ¿Está en tratamiento psicológico, psicopedagógico o fonoaudiológico? SI NO ¿Cuál?</b>
<b>h) Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez? SI NO ¿Por qué?</b>
<b>i) Otras consideraciones</b>
<b>J) Vacunas del PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN (obligatorias)</b>
6 años (ingreso escolar) Triple bacteriana (difteria, tétanos y tos convulsa), Sabin (anti poliomielítica369-*) y Triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis)
11 años Triple bacteriana y viral (refuerzo) y Hepatitis B



**COLEGIO DE LOS SANTOS PADRES**  
EDUCACIÓN PRIMARIA Departamento de Educación Física

**NOTIFICACIÓN**

Por la presente les notifico que mi hija/o.....

puede participar plenamente de todas las clases de Educación Física y de aquellos deportes competitivos a nivel colegial que se practiquen en el Colegio de los Santos Padres teniendo conocimiento de que está apta/o en todos los aspectos médicos y que no tiene ninguna limitación para su práctica.

**Si existiere algún impedimento para realizar las actividades específicas de las clases de Educación Física, actualmente o en algún momento del año, me comprometo a informar al colegio y a presentar el correspondiente certificado médico que detalle las posibilidades reales del niño/a y su autorización para la práctica deportiva con las prevenciones o limitaciones del caso.**

**NOTIFICACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR**

Me notifico que mi hijo/a puede participar durante el presente ciclo lectivo, de las clases de Educación Física, efectuando además los traslados en micro necesarios a tal fin. Y me comprometo a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos suministrados en forma inmediata y de manera fehaciente.

**AUTORIZO** a mi hijo/a a participar durante el presente ciclo lectivo de todas las experiencias directas (eventos deportivos y educativos) que se realicen y que la autoridad escolar se compromete a comunicarme fehacientemente. (Art 4. Resolución 530/16)

Firma	Aclaración	DNI	Fecha		