



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA CICLO LECTIVO 202....  
**INFORME DE SALUD ANUAL**

Apellido y Nombre del Alumno:.....

Fecha de nacimiento:.....DNI.....

Grupo Sanguíneo.....

Obra Social.....Nro Afiliado .....

ANTECEDENTES DE SALUD: (marque con un círculo lo que corresponde)

¿Tiene alguna patología que requiera tratamiento y/o control médico?

(Asma, Diabetes, Hipertensión, sobrepeso, problemas de visión etc.) Sí - No

¿Cuál?.....

¿Tiene algún tipo de alergia? Sí - No

Es alérgico a :.....

Describa sus manifestaciones.....

¿Tiene algún problema de columna? Sí - No

¿Cuál?.....

¿Ha sido operado? Sí - No

Especificar

Causas.....

¿Hace alguna actividad física extraescolar? Sí - No

¿Cuál?.....

Otros problemas de salud:.....

Peso..... Talla.....Fecha de medición.....

En caso de ser trasladado, por favor hacerlo a..... y avisar

a.....Tel:.....

**El que suscribe, Padre/Madre o tutor.....**

**Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos y autorizo a mi hijo/a.....a realizar actividades físicas propuestas por el establecimiento escolar al que asiste.**

**Me comprometo a enviar en el mes de marzo del año 2024 el certificado de aptitud física.**

Firma del Padre o Tutor

Firma de la madre o Tutor

Firma del médico

Aclaración:

Aclaración:

Ma

DNI:

DNI:

Sello

Lugar y Fecha: