

PLANILLA DE SALUD PARA EDUCACION FISICA – CICLO LECTIVO 2025

APELLIDO Y NOMBRE ALUMNO: _____

DNI: _____ CURSO: _____

Tachar con una X los que no corresponda.

OBRA SOCIAL	SI	NO	¿Cual?
¿Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico?	SI	NO	¿Cual?
¿Durante los últimos tres años estuvo internado alguna vez?	SI	NO	Causa/Diagnóstico:
¿Tiene algún tipo de Alergia?	SI	NO	En caso afirmativo describir causa: Usa medicación?:
¿Recibe algún tratamiento médico /quirúrgico?	SI	NO	Especifique:
¿Presenta alguna Limitación física?	SI	NO	Especifique:
¿Tiene algún otro problema de salud que deba informar para la realización de actividad física?	SI	NO	Cuál?
Talla (altura, en cm.)			
Peso:			
En caso de problema de salud/accidente recurrir a:			Parentesco: _____
Apellido y nombre: _____			Teléfono. _____
Solo para Actualización de datos: ANUAL / PARCIAL			
Fecha: ____/____/____			
Describa los cambios de salud del alumno:			

Incorporar Constancia médica en caso de no poder realizar actividad.

La totalidad de los datos e información notificada por quien suscribe la presente tiene carácter de declaración jurada. El abajo firmante se compromete a comunicar al establecimiento cualquier modificación de los datos en forma inmediata y de manera fehaciente.

Fecha Inscripción: ____/____/____

Firma de Padre /madre o tutor responsable Aclaración Firma de Director