Colegio Nuestra Señora de Monte Grande
DIEGEP N° 165
Alte. Brown 559 – (1842) Monte Grande
TE.: 4296-9081/4436 – 4281-6664

FICHA DE SALUD-EDUCACIÓN FÍSICA

DATOS A COMPLETAR POR LOS PADRES

Apellido y nombres: …… Curso: ……

Fecha de nacimiento: …….. grupo sanguineo: …… ……..Factor RH……..

Domicilio: ……..N° …… Localidad: ……Telefono: ……

Domicilio y/o Tel. Alternativo: …….

Obra Social: ……N° afiliado …….

Hospital y/o médico d cabecera: …….

Domicilio: ……

En caso de realizar un tratamiento prolingado, especifique EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA HOJA

Contestar **SI o NO**. Hepatitis…… Diabetes ……Epilepsia……Asma ……Fracturas……..¿de que?

…… Traumatismo de craneo con perdida de conocimiento …… Alergia……¿A que?.....

…… Otras consideraciones que crea importante aclara

……

……

……

Me notifico que mi hijo/a participa de las clases de Educación Física, sabiendo que en ellas se realizan esfuerzos cardio-respiratorios adecuados a su edad y sexo según los lineamientos curriculares vigentes.

Según mi leal conocimiento, declaro que son verídicos todos los datos que proporciono en el presente cuestionario, y autorizo al personal del Colegio a hacerse cargo de los primeros auxilios, avisando inmediatamente al TEL …… en caso de accidente. Asimismo me comprometo a adjuntar el certificado médico antes del 10/4

……. …… ……

Firma del Padre, Madre, o Responsable Aclaración Fecha

AQUÍ EL PROFESOR PEGARA EL
CERTIFICADO QUE DEBEN ENTREGAR ANTES
DEL 10/4