



## FICHA DE APTITUD FÍSICA

Fecha de entrega: 1° día de clases  
Sin excepción

Año: ..... Alumno/a: ..... Grado/Sala : .....

Grupo sanguíneo	
Grupo .....	Factor RH .....

**Vacunación al día: Sí – No (Es obligatorio la presentación de los certificados de vacunación actualizados)**

**Vacuna antitetánica: Sí – No Fecha de dosis .... / ..... / .....**  
(En caso de no poseer antitetánica al día se recomienda su aplicación)

- A- ¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? Sí – No  
¿Por qué enfermedad?.....
- B- ¿Toma actualmente algún medicamento para tratar alguna enfermedad? Sí – No  
¿Cuál? ..... ¿Con qué frecuencia?.....
- C- ¿Tuvo algún accidente, cirugía o procedimiento médico en el último año? Sí – No  
¿Por qué motivo? (diagnóstico) .....
- D- ¿Utiliza anteojos? ¿Cuál es la indicación oftalmológica? .....
- (los alumnos que ingresan a 1° grado deberán adjuntar un certificado de agudeza visual)
- E- ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? Marcar lo que corresponde.

ENFERMEDADES – ALERGIAS Y TRATAMIENTOS								
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
<b>Alergia ¿Cuál?</b> .....			<b>Procesos inflamatorios o infecciones</b>			<b>Fracturas</b> .....		
<b>Sarampión</b>			<b>Meningitis</b>			<b>Enfermedades de los huesos o articulaciones</b>		
<b>Rubéola</b>			<b>Fiebre reumática</b>			<b>Escoliosis o enfermedad de la columna</b>		
<b>Varicela</b>			<b>Hepatitis</b>			<b>Esguinces o luxaciones</b>		
<b>Mononucleosis infecciosa</b>			<b>Enfermedades de los pulmones</b>			<b>Enfermedad Neurológica</b>		
<b>Parotiditis</b>			<b>Diabetes</b>			<b>Epilepsia o convulsiones</b>		
<b>Escarlatina</b>			<b>Enfermedades de los intestinos</b>			<b>Problemas de alimentación</b>		
<b>Gastritis o úlcera</b>			<b>Enfermedades renales crónicas</b>			<b>Anemia</b>		
<b>Hernias inguinales u otras</b>			<b>Infecciones urinarias</b>			<b>Diabetes</b>		
<b>Cardiopatías</b>			<b>Tratamiento fonaudiológico</b>			<b>Tratamiento odontológico</b>		

- F- Observaciones e indicaciones del médico para tener en cuenta.....
- G- Se certifica que luego de la revisión médica anual el alumno/a está apto para realizar actividades físicas

**Sí - No** .....

Firma y sello del médico

Quien suscribe padre, madre o tutor del alumno/a..... que cursa ..... grado, toma conocimiento y autoriza para que su hijo /a, durante el transcurso de este año, realice actividad física de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otras en particular me comprometo a informar por medios fehacientes y presentar los certificados correspondientes.

"La administración de medicamentos a un menor, queda bajo la absoluta responsabilidad de los Sres. Padres, Tutores o Encargados de guarda bajo decisión de juez competente, no debiendo, ni pudiendo ser delegado a terceros. Serán los padres quienes deban concurrir a administrar la medicación a su hijo, en caso que ésta fuera imprescindible de efectuarse en horario escolar.

.....  
Lugar y fecha

.....  
firma y aclaración de padre/madre

.....  
n° de documento