



Escuela Santa Magdalena

INCORPORADA
D.I.E.G.E.P. 930

F. F. de Amador 1629 - Olivos (1636)

Tel/Fax: 4790-3881

Web: stmagdalena.com.ar

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

AÑO 2020

DATOS PERSONALES:

NOMBRE Y APELLIDO.....

D.N.I.....FECHA DE NACIMIENTO.....

EDAD.....TELEFONO.....

GRUPO SANGUÍNEO.....FACTOR RH.....

COBERTURA MÉDICA.....Nº.....

ENFERMEDADES QUE PADECE:

ASMA..... DIABETES..... ALGUNA CARDIOPATÍA.....

¿CUÁL ?.....

¿ES ALÉRGICO A?

SUERO ANTITETÁNICO.....FECHA DE APLICACIÓN.....

OTROS DATOS DE INTERÉS.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

.....TELEFONO.....

EN CASO DE URGENCIA DEBE SER TRASLADADO A.....

POR LA PRESENTE AUTORIZO A MI HIJO/A.....
A REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS ACORDES A SU EDAD Y SEXO Y PARTICIPAR EN COMPETENCIAS INTERESCOLARES BAJO
MI RESPONSABILIDAD DURANTE EL PRESENTE AÑO.

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
FECHA

ESTA PARTE DEL CERTIFICADO DEVOLVER ANTES DEL 02/03/2020

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA (COMPLETADO POR EL MÉDICO)

CERTIFICO QUE EL ESTADO DE SALUD DE.....

DE.....AÑOS, ES.....PARA DESARROLLAR TAREAS ESCOLARES.....

EXAMEN FÍSICO.....

EXAMEN AUDITIVO.....

EXAMEN VISUAL.....

ELECTROCARDIOGRAMA (SEGÚN CRITERIO MÉDICO).....

PESO.....TALLA.....

EN LA FECHA.....(SÍ) (NO) SE ENCUENTRA EN CONDICIONES CLÍNICAS PARA REALIZAR
EJERCICIOS FÍSICOS.

OBSERVACIONES.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

ESTE CERTIFICADO DEVOLVER ANTES DEL 02/03/2020