

Instituto Inmaculada Concepción A-183  
Arzobispado de Buenos Aires  
Carlos Calvo 1186 Tel/Fax: 4306-0000



**Ficha de Salud**

**Area Educación Física**

Sala / Grado / Año: Turno:

Apellido y nombres:

Grupo sanguíneo: Factor:

Vacunación Antitetánica: NO / SI Fecha:

Calendario de vacunación al día: NO / SI

Es alérgico/a a algún medicamento en general:

Existe alguna indicación o comentario que deberá tener en cuenta el profesor de

Educación Física (cardiopatías - asma - convalecencia):

**A completar por el profesional tratante:**

Certifico que el/la alumno/a:

se encuentra en la actualidad en condiciones de salud para realizar actividades físicas.

Observaciones:

Fecha:

**Esta ficha tiene vigencia para el Ciclo  
Lectivo 201\_**

Firma y sello del médico

Declaro que mi hijo/a no ha manifestado enfermedad alguna que impida realizar actividades física:

Autorizo en caso de emergencia que mi hijo/a sea trasladado y atendido en el Hospital Público que designe el médico del Servicio de Urgencias contratado por el colegio o por el SAME.

Firma del padre, madre o tutor:

Aclaración