



Ficha Médica 2019

Nivel Primario

Nombre y apellido	curso

Fecha de nacimiento	DNI	Celular de contacto	Celular alternativo

Domicilio	Localidad

Cobertura médica	Número de carnet

En caso de emergencia comunicarse con:	Institución Médica de derivación:

Antecedentes significativos: alergias, asma, medicación u otros datos de interés:

Peso	Talla	Presión Mínima	Presión Máxima

Declaro que los siguientes datos son auténticos y que está apto para realizar actividades físicas

Firma y sello del médico	Fecha

Autorizo a mi hijo a participar en las clases de Educación Física durante el presente ciclo lectivo

Firma del padre/madre	Aclaración	DNI	Fecha