



**Ficha Médica 2019**

**Nivel Secundario**

Nombre y Apellido	Curso

Fecha de Nac.	Documento	Tel. particular	Teléfono alternativo	Pertenece a:

Domicilio	Localidad

Cobertura médica	Número de cobertura
Nombre:	Entidad:
Teléfono:	Dirección:
En caso de emergencia comunicarse con:	Institución de derivación:

Antecedentes significativos: alergias, medicación, otros datos de interés

--	--

--	--

Peso	Talla
------	-------

Presión mínima	Presión máxima
----------------	----------------

**Declaro que los siguientes datos son auténticos:**

<b>Firma del médico/sello o Aclaración</b>	<b>Fecha</b>

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

\_\_\_\_\_  
**Firma Padre/Madre/Tutor**                      **Aclaración**                      **DNI**                      **Fecha**