**FAMILIA:**……………………………………………………………

**Nombre del Alumno/a:**  ……………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sexo: | DNI: | Edad: |
| Grupo Sanguíneo: | Factor RH: |

|  |
| --- |
| **DATOS DE OBRA SOCIAL o COBERTURA MÉDICA**Adjuntar fotocopia del carnet de obra social o cobertura médica |
| Nombre de la empresa a cargo: |  |
| Nº de Beneficiario: |  |
| Teléfono para Emergencias:  |  |

**Ficha de salud:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   | Indicar con una x |
|   |   | SI | NO |
| A- | Se encuentra padeciendo: |   |   |
|   | procesos inflamatorios o infecciosos. |   |   |
| B- | Padece alguna de las siguientes enfermedades: |   |   |
|   | Metabólicas: Diabetes. |   |   |
|   | Cardiopatías congénitas. |   |   |
|   | Cardiopatías infecciosas. |   |   |
|   | Hernias inguinales crurales. |   |   |
| C- | Es alérgico/a: |  |  |
|  | Aclarar a qué es alérgico: |  |  |
|  |  |  |  |
| D- | Ha padecido en fecha reciente: |   |   |
|   | Hepatitis. (60 días) |   |   |
|   | Sarampión. (30 días) |   |   |
|   | Parotiditis (30 días) |   |   |
|   | Mononucleosis infecciosa. (30 días) |   |   |
|   | Esguince o laxaciones de tobillo, hombre, etc. (60 días) |   |   |
| E-  | Alguna otra situación determinada por el médico……….. |   |   |
|   | ………………………………………………………………… |
|   | …………………………………………………………………. |
|   |   |   |   |

*Nota:* *En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla, deberá presentarse conjuntamente con éste formulario****, el certificado médico*** *que avala la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.*

*Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra particular me comprometo a informar por medios fehacientes.*

**Firma de padre/madre/tutor** Firma Fecha