



# Esc. Part. Inco. Nº 1464 "Colegio Cristiano Redentor"

Provincia de Santa Fe

Ministerio de Educación

Región VI – Zona Sur



## FICHA DE APTITUD FÍSICA PARA PRÁCTICA DE EDUCACIÓN FÍSICA Y ACTIVIDADES ESCOLARES

APELLIDO DEL ALUMNO: ..... NOMBRES: .....  
 DNI: ..... FECHA DE NACIMIENTO: ..... EDAD: .....  
 CURSO: ..... DIVISIÓN: ..... NIVEL: .....  
 DOMICILIO: ..... LOCALIDAD: .....  
 TELEFONO FIJO: ..... CEL: .....

### **PARA COMPLETAR POR EL PADRE MADRE O TUTOR:**

¿Recibe algún tratamiento médico? (SI/NO)..... ¿Cuál?.....  
 ¿Está tomando algún medicamento? (SI/NO)..... ¿Cuál?.....  
 ¿Tiene algún tipo de alergia? ..... En caso afirmativo, indique cuál es la causa y describe cuáles son sus manifestaciones:.....  
 ¿Padece algún trastorno crónico? (SI/NO).... ¿Cuál?.....  
 ¿Tuvo alguna operación? (SI/NO).... ¿Cuál?.....  
 ¿Alguna indicación específica para las actividades físicas?.....  
 .....  
 ¿Le fue aplicada la vacuna antitetánica? (SI/NO)..... Fecha: .....

**INFORMACIÓN IMPORTANTE:** Según lo normado por la Ley N°12634 todos los alumnos de los establecimientos educacionales de la Provincia o dependientes del Ministerio de Educación, tienen la obligatoriedad de someterse a exámenes integrales y periódicos de salud. Debiendo cumplimentar el examen médico que determina su aptitud física para la práctica de Educación física y actividades escolares.

### **PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL MÉDICO:**

Dejo constancia que....., de.....años de edad, DNI N.º.....ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha no presentando contraindicación alguna para realizar actividad física, recreativa y/o escolar.

.....  
FECHA

.....  
SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO

### **PARA SER CUMPLIMENTADO POR LOS PADRES**

Dejo constancia que autorizo a mi hijo/a.....a participar de las clases de Educación física y de actividades recreativas escolares. Asimismo me hago responsable del control periódico de salud y notificaré a la Escuela cualquier anomalía que se presente, entregando los certificados médicos que así lo acrediten.

**IMPORTANTE:** En caso de urgencia en horario de clases avisar a.....  
 Domicilio:..... Localidad: .....Teléfono: .....  
 Para una mejor atención solicito que mi hijo/a sea trasladado a:.....  
 Domicilio: ..... Teléfono:.....

.....  
FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

.....  
ACLARACIÓN

.....  
NRO. D.N.I.