



DEPARTAMENTO DE EDUCACION FÍSICA

**A)-DATOS PERSONALES:**

Apellido y Nombre:.....Curso:.....

Edad:.....Estatura:.....Peso:.....Grupo Sanguíneo:..... Obra social: .....

Fecha de nacimiento:..... Domicilio:.....

**B)-DATOS MÉDICOS:**

Alergias:.....

Indicaciones:.....

Importante: aquellos alumnos que utilicen PAF deberán tenerlo en su mochila o bolso personal.

.Lesiones óseas, articulares o musculares.....

Recomendaciones y cuidados.....

.Alteraciones óseas o posturales:.....

.Cardiopatías:.....

Recomendaciones y cuidados.....

Cirugías:.....

.Otras enfermedades:.....

Recomendaciones y cuidados:.....

.Medicación permanente:(indique detalladamente).....

Si realiza alguna dieta en especial por favor detalle: .....

.Alguna situación que considere importante mencionar:.....

**-Por la presente doy fe que los datos consignados anteriormente han sido observados por un médico**

Teléfonos de emergencia: 1..... Corresponde a:.....

2.....Corresponde a:.....

3.....Corresponde a:.....

Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración:.....

DNI: .....