



APTO MÉDICO PARA EL/LA ALUMNO/A

Esta ficha deberá presentarse actualizada anualmente en la Secretaría de Jardín, Primaria y/o Secundaria al comienzo de clases. Recomendamos concurrir al pediatra en los meses de verano para evitar inconvenientes de último momento.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A:

CURSO:

SECCIÓN:

EXIGENCIA FÍSICA MÁXIMA SEGÚN EL CURSO DEL ALUMNO/A				
	RUGBY	FÚTBOL	HOCKEY	CARRERAS
Salas de 2 a 5 años	<i>(No corresponde)</i>	<i>(No corresponde)</i>	<i>(No corresponde)</i>	<i>(No corresponde)</i>
1º grado				
2º grado	Inicio	En clase	Inicio	<i>(No corresponde)</i>
3º grado				
4º grado				
5º grado	Un encuentro de tres (3) partidos de 15 minutos.			1200 mts.
6º grado				1500 mts.
7º grado				1800 mts.
1º año	Dos torneos de mínimo cuatro (4) y máximo cinco (5) partidos de dos tiempos de 15 minutos cada uno.			1800 mts.
2º año				2000 mts.
3º año				2000 mts.
4º año				Mujeres: 2500 mts. Varones: 3000 mts.
5º año				

OBRA SOCIAL O COBERTURA MÉDICA:

Nº DE TELÉFONO DE LA O.SOCIAL/COB.MÉDICA PARA EMERGENCIAS:

INFORMACIÓN A COMPLETAR POR EL MÉDICO:

- ✓ Está capacitado/a para realizar actividad física: **SÍ – NO**
- ✓ Padece o padeció procesos inflamatorios o infecciosos: **SÍ – NO**
- ✓ Padece alguna de estas enfermedades (*marcar si corresponde*)

<input type="checkbox"/> Metabólicas: diabéticas	<input type="checkbox"/> Hernias inguinales o crurales
<input type="checkbox"/> Cardiopatías congénitas	<input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos
<input type="checkbox"/> Cardiopatías infecciosas	<input type="checkbox"/> Cuadros asmáticos
- ✓ Actualmente toma alguna medicación:.....
- ✓ Alguna otra situación particular determinada por el profesional médico (*celiaquía, afecciones renales, etc.*):
- ✓ Autorizo a niño/a a tomar la siguiente medicación para dolores de cabeza, etc. y delego al Colegio el suministro de los mismos, en caso de ser necesario (*tachar lo que no corresponda*): Ibuprofeno / Paracetamol / Otro (*aclarar*): (*): **SÍ – NO**

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:

FECHA:

**FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR:
ACLARACIÓN DE FIRMA:**

FECHA:

(*): *Aclaración: En el Jardín de Infantes no se suministrará ninguna medicación a los alumnos.*