



## APTO MÉDICO PARA EL/LA ALUMNO/A

*Deberá presentarse actualizado **anualmente** en la Secretaría de Jardín de Infantes, Primaria y/o Secundaria al comienzo de clases, y será válido hasta el segundo lunes de marzo del año siguiente al que se presenta. Recomendamos concurrir al pediatra en los meses de verano.*

**NOMBRE Y APELLIDO DEL ALUMNO/A:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_ **CURSO/SALA:** \_\_\_ **SECCIÓN:** \_\_\_

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

**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? (*tachar lo que no corresponda*): **SÍ / NO**
- ✓ ¿Padece o padeció procesos inflamatorios o infecciosos? (*tachar lo que no corresponda*): **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
- ✓ ¿Tuvo Covid? (*tachar lo que no corresponda*): **SÍ / NO**
- ✓ Aclarar si actualmente toma alguna medicación: \_\_\_\_\_
- ✓ Aclarar alguna otra situación particular determinada por el profesional médico (*celiaquía, afecciones renales, etc.*): \_\_\_\_\_
- ✓ Autorizo al 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**
- ✓ Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

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

<b>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO:</b> _____	<b>FECHA:</b>
<b>FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR:</b> _____	___/___/___
<b>ACLARACIÓN DE FIRMA:</b> _____	