**FICHA MÉDICA - CICLO LECTIVO 202…**

**ÁREA EDUCACIÓN FÍSICA**

**APELLIDO Y NOMBRE: …………………………………………………………………………………….**

**DNI: …………………………………………………SALA/GRADO:……………….TURNO:………………….**

**FECHA DE NACIMIENTO: ……./… …/……. EDAD: …………..**

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: ……………………………….. TEL:…………...................**

**GRUPO SANGUÍNEO: ……………………… FACTOR:…………………………………….....................**

**OBRA SOCIAL:…………………………………...SOCIO Nº: ………………………………………………**

Solicitamos su colaboración para descubrir las posibles afecciones del o la estudiante que nos lleven a poder intentar evitar cualquier tipo de lesiones o trastornos derivados de una falta de información.

**COMPLETE:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Peso: …………………………….  | Talla: …………………………  | Tensión arterial: ………… | Perímetro Cefálico: ……… |

¿Toma medicación permanente? **SÍ NO**---¿Cuál?................................................................................................

 **RODEE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE CONSIDERE VERDADERA:**

1. ¿Tiene el niño/a problemas cardiovasculares? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: …………………………
2. ¿Es diabético? **SÍ NO**  En caso afirmativo, explique: …………………………………………………………………………
3. ¿Sufre algún tipo de alergia? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: …………………………………...……….………
4. ¿Tiene dificultades respiratorias? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: …………………………… ………………………
5. ¿Manifiesta alguna alteración de huesos o articulaciones? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..……
6. ¿Padece alguna deformación de los pies (planos, cavos)? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….……………
7. ¿Padece alguna alteración de la columna vertebral? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: …………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….………………………
8. ¿Ha sufrido intervención quirúrgica reciente? **SÍ NO** En caso afirmativo, explique: ………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………..…………………
9. Enfermedades y traumatismos que haya padecido y que requieran un cuidado especial: …………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………
10. Otras enfermedades o inconvenientes que considere oportuno: …………..…………………………………...………………

**Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad.**

# Fecha: …./……/….. Firma y sello del Profesional

La presente ficha tiene que ser completada por **un profesional** **médico** y tienen tiempo de presentarla hasta el 30/03 del presente ciclo lectivo, en caso contrario su hijo/a no podrá realizar actividad física.