

APPELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL ESTUDIANTE: _____

CURSO (AÑO, SALA O GRADO): _____ C.U.I.L. _____

SERVICIO MÉDICO, N° DE CREDENCIAL Y DE URGENCIAS: _____

NÚMERO DE CREDENCIAL Y TELÉFONO D URGENCIAS: _____

FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA: Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestros/as estudiantes. Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulto/a responsable. La misma es requisito obligatorio para que el/la estudiante pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe _____, en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable del / de la estudiante _____

DNI N° _____ que cursa (año, sala o grado) _____

de la Educación INICIAL / PRIMARIA / SECUNDARIA en el Establecimiento Educativo _____

con fecha de nacimiento __ / __ / ____, con domicilio en _____

de la ciudad de _____ número de contacto _____

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO
1. Problemas cardíacos		
2. Muerte súbita en familiares menores de 50 años		
3. Hipertensión		
4. Obesidad		
5. Asma bronquial		
6. Pérdida de conciencia		
7. Convulsiones		
8. Traumatismo de cráneo		
9. Diabetes		
10. Alteraciones sanguíneas		
11. En relación con el ejercicio, ha padecido alguna vez:		
a. Desmayos		
b. Mareos		
c. Dolor de pecho		
d. Cansancio excesivo		
e. Palpitaciones		
f. Dificultad para respirar		
12. Afecciones auditivas		
13. Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
14. Problemas en los huesos o articulaciones		
15. Cirugías		
16. Internaciones		
17. Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses		
18. Falta o no funcionamiento de algún órgano (ej. Riñon, ojos, testículos)		
19. Alergias		
20. Tos crónica		
21. Toma de medicación habitual		
22. Alergia a algún medicamento		
23. Problema de piel		
24. Usa anteojos		
25. Vacunación completa		

OBSERVACIONES: DETALLAR LAS RESPUESTA AFIRMATIVAS EXCEPTO VACUNACION, PUEDE CONTINUAR AL DORSO

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces. **IMPORTANTE:** en caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que el/la estudiante se encuentra apta para realizar actividad física. **NO APLICA A LA RESPUESTA SOBRE VACUNACIÓN COMPLETA.**

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulto/a responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO

Se recomienda realizar controles de salud anuales, con el objeto de mantener el control de crecimiento y desarrollo de los niños/as y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

FIRMA ADULTO RESPONSABLE

ACLARACIÓN Y VÍNCULO

TIPO Y N° DNI