



Escuela Secundaria JUANA AZURDUY

Di. Pr. E. Ge. P. 7973

Boulogne Sur Mer 3640 - Trujui - Moreno (1744)
Tel. (0237) 481 - 7646
esjuanaazurduy@hotmail.com

FUNDALMA

FUNDACIÓN ALICIA MARGULIS
para la educación e
investigación
Personería Jurídica 391/91

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Nombre del alumno:.....
Año:..... Turno:..... Edad:..... D.N.i.....
Domicilio:..... Localidad:.....
Teléfono propio:.....
Teléfono de un familiar:.....
Nombre y Apellido del familiar:.....
Ante cualquier eventualidad comunicarse con;.....
Teléfono:..... Teléfono:.....

Dado que en las jornadas deportivas se le exige al alumno un esfuerzo importante y un progresivo aumento, es importante que la institución tenga real conocimiento de los problemas de salud de su hijo. Por lo tanto sirvase responder claramente este cuestionario.

OPERACIONES	SI	NO	¿CUAL?
LESIONES	SI	NO	¿CUAL?
FRACTURAS	SI	NO	¿CUAL?
ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	SI	NO	¿CUAL?

PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA SI NO ¿CUAL?.....

¿SU HIJO/A PADECE ALGUNA DE ESTAS AFECCIONES?

HERNIAS	SI	NO	ALERGIAS	SI	NO
CARDIOPATIAS CONGENITAS	SI	NO	DIABETES	SI	NO
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	SI	NO	EPILEPSIA	SI	NO
ASMA	SI	NO	OTRAS	SI	NO
PROBLEMAS ÓSEOS (COLUMNA, POSTURALES, ETC.)	SI	NO	¿CUALES?		

ALGUNA OTRA SITUACIÓN PARTICULAR DETERMINADA POR EL MÉDICO.....

EN CASO DE CONTESTAR AFIRMATIVAMENTE ALGUNOS DE LOS ITEMS SEÑALADOS EN EL CUADRO ANTERIOR, SE DEBERÁ PRESENTAR JUNTO AL FORMULARIO EL CERTIFICADO MÉDICO CON EL DIAGNOSTICO Y CON EL TRATAMIENTO REALIZADO, INDICANDO SI EL ALUMNO SE ENCUENTRA CAPACITADO O NO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA.

Sr. DIRECTOR POR MEDIO DE LA PRESENTE, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y RECONOCIMIENTO, DEJO CONSTANCIA QUE MI HIJO/A ESTA EN PERFECTAS CONDICIONES FÍSICAS PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y COMPETITIVAS.
AUTORIZO A MI HIJO/A PARTICIPAR DE LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA Y DEPORTES DECLARANDO QUE LOA TOTALIDAD DE LOS DATOS PROPICIADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON VERÍDICOS, COMPROMETIENDOSE A INFORMAR POR ESCRITO A ESTA INSTITUCIÓN SOBRE CUALQUIER MODIFICACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL MISMO QUE SE PRESENTARA POSTERIORMENTE AL DÍA DE LA FECHA.

TRUJUI, MORENO.....DEDE 201....

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR:.....

ACLARACIÓN:.....D.N.I.....