



Ficha de Salud

APELLIDO Y NOMBRE			TIPO Y N° DOC.:		GRUPO SANGUINEO
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TIENE HERMANOS EN EL ESTABLECIMIENTO SI / NO	ALERGICO SI / NO	ASMATICO SI / NO	TELEFONO PARTICULAR
DOMICILIO:.....					
LOCALIDAD:.....					

EN CASO DE ACCIDENTE (Escribir en orden de prioridades los números de teléfonos y a quien pertenecen para poder ubicarlos)

- 1
- 2
- 3

Y TRASLADARLO:

OTROS TELEFONOS: Familiar:.....Amigo:.....Vecino:.....

¿Qué medicamentos toma?.....

¿Qué enfermedades tuvo?.....

¿Qué enfermedades tiene?.....

¿Operaciones realizadas?.....

¿Presenta alguna limitación física? SI - NO (Aclarar).....

OBRA SOCIAL A LA QUE PERTENECE:.....

Observaciones:.....

DECLARACIÓN JURADA (a completar y firmar por los padres)

Dejo constancia de haber cumplimentado la ficha de salud de mi hijo en Vicente López a los días del mes de del año autorizando a las autoridades del colegio y por la presente (en caso de emergencia) a actuar según lo dispongan los profesionales médicos.

- La totalidad de los datos e información suministrada por quien o quienes suscribe/n, tiene carácter de Declaración Jurada. El/los abajo firmante/s se compromete/n a comunicar al Instituto Santa Rosa de Lima cualquier cambio que surja y/o modifique esta ficha con posterioridad a la fecha de recepción.
- Se toma conocimiento de que los exámenes de aptitud física deberán ser realizados una vez por año como condición para iniciar la actividad escolar y concurrir a convivencias, campamentos y/o salidas que se realicen.

Firma de la madre o tutor

Aclaración

Tipo y N° de documento

Firma del padre o tutor

Aclaración

Tipo y N° de documento

*Solicitamos traer el Apto Médico que se adjunta, dentro de los 15 días del Inicio Escolar.



EXAMEN MÉDICO (a completar y firmar por el profesional)

Certifico que el alumno

SI / NO está APTO físicamente para participar de las actividades propias de la clase de Educación Física y de convivencia, campamento, retiro o salida organizados por el colegio. Recomiendo a los médicos, profesores de Educación Física y/o encargados del grupo que se tenga en consideración lo siguiente:

.....
.....
.....
.....
.....

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO

*Esta hoja puede ser reemplazada por el formato de certificado que disponga el profesional que atiende al alumno, constando firma y sello.