

Ficha Médica de Educación Física 2026

Apellido y nombre del/la estudiante:

Curso:

División:

Turno:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Apellido y nombre del/la tutor/a:

DNI:

Obra Social:

Grupo sanguíneo:

Peso:

Talla:

Datos a completar por el médico

SI/NO

Especificar en caso de ser necesario

Crisis Asmática:

Dolores en el pecho al esforzarse:

Cardiopatías

Epilepsia:

Alergia:

Se encuentra bajo tratamiento medico:

Toma alguna medicación.

Debe seguir alguna dieta particular:

Patologías en la columna vertebral, cadera, rodilla, otras:

Lesiones o enfermedades recientes que pueda afectar a la práctica de actividad física:

Antitetánica:

Cualquier indicación dada por el médico que deba conocer el personal docente:

Es APTO/ NO APTO (borrar lo que no corresponda) para realizar actividades físicas durante el ciclo lectivo 2026.

Firma y sello del médico:..... Cipolletti. Rio Negro:/...../.....

En caso de utilizar anteojos o lentes de contacto, para realizar actividad física, realizar la autorización correspondiente de su uso durante las clases de Ed. Física a continuación.

:a utilizar anteojos aéreos o lentes de contacto durante las clases de ED. FÍSICA deslindando responsabilidades por roturas, pérdidas o accidentes, al docente y a la institución.

En caso de no completar la presente ficha por el médico, los abajo firmantes, tutores, en ejercicio de la patria potestad, asumen la responsabilidad de lo informado y las consecuencias que pudieran surgir.

Además, se comprometen a comunicar cualquier modificación de los datos especificados en esta ficha.

Anexo I – Resolución 752 – DECLARACIÓN JURADA

Por medio de la presente, yoD.N.I: tutor del/la estudiante
..... que cursade Educación Secundaria en esta Institución DECLARO
que el/la mismo/a SI – NO (tachar el que no corresponda)

puede realizar Educación Física y actividades extraescolares, programadas desde la institución con el aval
del Ministerio de Educación y Derechos Humanos, que se lleven a cabo bajo la supervisión de una
autoridad educative correspondiente.

En caso de presentar dificultad que impida la realización de cierta actividad, deberá presentar certificado
medico correspondiente.

.....
Firma del Padre/Madre/ tutor