



ACTIVIDADES DEPORTIVAS

FICHA MÉDICA 2017

Nombre y Apellido:
DNI: Fecha de nacimiento: / /
Edad: Curso:
Domicilio: Teléfono:

Teléfonos opcionales:
1: Pertenece a:
2: Pertenece a:

Obra social: N° de Afiliado:

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS:

HERNIAS:

HEPATITIS:

MONONUCLEOSIS:

ASMA:

AFECCIONES RESPIRATORIAS:

ESGUINCES / LUXACIONES / FRACTURAS:

TRASTORNOS EPILÉPTICOS:

ALÉRGICO A:

PRESENTA PATOLOGÍA CRÓNICA: SI NO CUÁL:

RECIBE MEDICACIÓN PERMANENTE:

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

DEJO CONSTANCIA QUE.....SE ENCUENTRA EN CONDICIONES FÍSICAS ADECUADAS PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS ACORDES A SU EDAD.

.....
Firma del médico

.....
Sello

.....
Firma del Padre / Madre / Responsable

.....
Aclaración

PLAZO DE ENTREGA: 23/03/17