

APELLIDO Y NOMBRE.....

DNI:..... FECHA DE NACIMIENTO.....

DIRECCIÓN..... LOCALIDAD.....

TELÉFONO PARTICULAR..... TELÉFONO CELULAR.....

OBRA SOCIAL..... CARNET N°

En caso de urgencia durante la actividad escolar, llamar a:

Apellido y nombre..... Teléfonos.....

Apellido y nombre..... Teléfonos.....

Apellido y nombre..... Teléfonos.....

¿Tiene o tuvo alguna enfermedad que requiera tratamiento periódico o control médico?

NO SI ¿Cuál?.....

¿Durante los últimos años fue internado y/u operado?

NO SI ¿Cuándo? ¿Por qué?.....

¿Tiene algún tipo de alergia?

NO SI La alergia se debe a:

Describe sus manifestaciones.....

¿Recibe tratamiento? ¿cuál?.....

¿Presenta alguna limitación física?

NO SI ¿Cuál?.....

Otros problemas de salud.....

VACUNA	CANTIDAD DE DOSIS	FECHA ULTIMA DOSIS
Sabin		
BCG		
Antihemophilus		
Triple Bacteriana (DPT)		
Triple Viral (SRP)		
Otras		

OBSERVACIONES: Indique aquí aquella información que crea Ud. necesaria que los docentes a cargo de su hijo/a tengan en cuenta:

.....

.....

• **Adjuntar CERTIFICADO OFTALMOLÓGICO, AUDIOMETRÍA Y BUCODENTAL.** (éste último todos los años)

LA TOTALIDAD DE LOS DATOS E INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR QUIEN SUSCRIBE LA PRESENTE TIENE CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA**. EL ABAJO FIRMANTE SE COMPROMETE A COMUNICAR AL ESTABLECIMIENTO CUALQUIER MODIFICACIÓN DE LOS DATOS SUMINISTRADOS EN FORMA INMEDIATA Y DE MANERA FEHACIENTE.

(para ser completado por el médico)

EL PACIENTE..... DE..... AÑOS DE EDAD SE ENCUENTRA APTO/A PARA REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS CURRICULARES Y DEPORTIVAS, NO COMPETITIVAS, SEGÚN SU EDAD, SEXO Y CONTEXTURA FÍSICA.

LUGAR Y FECHA: FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

En caso de no poseer el APTO MÉDICO, deberán presentar la ficha de salud y un certificado médico donde indique diagnóstico y la fecha hasta la cual no podrá realizar actividad física

AUTORIZO A MI HIJA/O A PODER SER CAMBIADO POR EL PERSONAL DEL JARDÍN CUANDO SEA NECESARIO.-

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

ACLARACIÓN..... DNI.....

LUGAR Y FECHA:.....