



FICHA DE SALUD 2026 – Nivel Primario

APELLIDO Y NOMBRE.....
DNI:..... FECHA DE NACIMIENTO.....
DIRECCIÓN..... LOCALIDAD.....
AÑO..... CURSO..... TELÉFONO PARTICULAR.....
TELÉFONO CELULAR.....
OBRA SOCIAL..... CARNET Nº

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:
Describa sus manifestaciones.....
¿Recibe tratamiento? ¿cuál?.....

¿Presenta alguna limitación física?
NO ☐ SI ☐ ¿Cuál?.....
Otros problemas de salud.....

¿Presentó el calendario oficial de vacunación al día?
SI ☐ NO ☐ ¿por qué?

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

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.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR.....
ACLARACIÓN..... DNI.....
LUGAR Y FECHA:.....

(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.