

**DATOS DEL ALUMNO/A:**

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

Nivel: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo: A B O FACTOR RH + - Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel. Part: \_\_\_\_\_ Ofic. Madre/padre: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PERSONALES**

• **NACIO DE PARTO NORMAL** SI / NO

En caso de contestar NO detallar el problema

• **VACUNACIONES**

B.C.G. SI / NO

TRIPLE SI / NO

ANTISARAMPIONOSA SI / NO

DOBLE SI / NO

REFUERZO ANTITETANICA SI / NO

OTROS: .....

• **ENFERMEDADES DE LA INFANCIA**

SARAMPION SI / NO

VARICELA SI / NO

RUBEOLA SI / NO

ESCARLATINA SI / NO

COQUELUCHE (Tos convulsa) SI / NO

PAROTIDITIS (Paperas) SI / NO

Otras .....

• **DIABETES**

Tipo y medicación .....

• **HEPATITIS:**

Tipo: .....

• **CARDIOPATIAS:**

Tipo: .....

• **MIGRAÑAS/CEFALEAS:**

USA MEDICACION: SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

• **ASMA O ENFERMEDADES ALERGICAS** SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

• **DERMOPATIAS:**

En caso de contestar **SI** detallar

• **TRAUMATISMOS DE CRANEO:**

• Con pérdida de conocimiento SI / NO

• **EPILEPSIA/CONVULSIONES:**

En caso de contestar **SI** detallar

• **INTERVENCIONES QUIRURGICAS:** SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

• **LESIONES DEPORTIVAS:** SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

• **OFTALMOLOGIA:**

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

**COLEGIO WARD**

• **ODONTOLOGIA:**

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

• **FONOAUDIOLOGIA:**

NECESITA TRATAMIENTO: SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

• **EN CASO DE FIEBRE AUTORIZO:** SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

• **MEDICACION DE USO HABITUAL:** SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

• **ANTECEDENTES FAMILIARES DIRECTOS:** SI / NO

En caso de contestar **SI** detallar

**EN CASO DE EMERGENCIA:**

OBRA SOCIAL/ PREPAGA:.....N° DE AFILIADO .....

EN CASO DE NO LOCALIZAR A LOS PADRES, SE AUTORIZA EL TRASLADO A:

EL QUE SUSCRIBE PADRE / MADRE/ TUTOR DEL ALUMNO/A.....

QUE CURSA ..... , TOMA CONOCIMIENTO Y COMPLETA EL PRESENTE FORMULARIO CON CARÁCTER DE DECLARACION JURADA Y AUTORIZA PARA QUE SU HIJO/A REALICE ACTIVIDAD FISICA DE ACUERDO CON SU EDAD Y SEXO CONFORME A LOS LINEAMIENTOS CURRICURALES VIGENTES POR LA RESOLUCION N° 12956/97 DE LA DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y ESCUELAS Y LA LEY N° 14556/14 DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

CUANDO SOBREVenga UNA DE LAS ENFERMEDADES MENCIONAS U OTRA EN PARTICULAR, ME COMPROMETO A INFORMAR AL ESTABLECIMIENTO BAJO CERTIFICADO MEDICO LA IMPOSIBILIDAD PARCIAL O TOTAL PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA.

**DATOS DEL PADRE, MADRE /TUTOR:**

NOMBRE Y APELLIDO:.....DNI: .....

TEL:..... CEL:.....

NOMBRE Y APELLIDO:.....DNI: .....

TEL:..... CEL: .....

LUGAR Y FECHA:.....

FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR:.....

ACLARACION: .....