



**CENTRO EDUCATIVO CATOLICO  
CEFERINO NAMUNCURA**

Nivel Inicial Ntra. Sra. de la Guardia DIEGEP N° 6435  
Escuela Parroquial Ntra. Sra. de la Guardia DIEGEP N°613  
Instituto Ceferino Namuncurá DIEGEP N°4845

**NIVEL ESCUELA SECUNDARIA**  
**Ficha de Antecedentes de Salud 2025**

Apellido y nombre del alumno..... DNI.....  
 Edad.....Año que cursa.....  
 Domicilio.....  
 Localidad.....Teléfono Particular.....  
 Apellido y nombre del Responsable 1.....  
 Celular.....Teléfono laboral.....E-mail.....  
 Apellido y nombre del Responsable 2.....  
 Celular.....Teléfono laboral.....E-mail.....  
 En caso de urgencia llamar a.....Teléfono.....  
 Factor y grupo sanguíneo.....Obra social.....N° Afiliado.....

**Autorización Médica\***

Responder por si o no con una x	SI	NO	Responder por si o no con una x	SI	NO
1. <u>Se encuentra padeciendo:</u> Procesos inflamatorios: Procesos infecciosos: Otros: .....			6. Alguna otra situación particular determinada por el médico que incida en la actividad física del alumno: Indique cual .....		
2. <u>Padece alguno de los siguientes trastornos / enfermedades:</u> Cardiopatías congénitas o infecciosas: Asma: Diabetes: Trastornos alimenticios: Hernias inguinales / crurales: Alergias: Convulsiones: Otros: .....			7. Alguna otra situación particular determinada por el médico que incida en la actividad deportiva y competitiva del alumno: Indique cual .....		
3. <u>Ha padecido en fecha reciente:</u> Hepatitis (últimos 60 días): Sarampión (últimos 30 días): Parotiditis (últimos 30 días): Mononucleosis (últimos 30 días): Otras: .....			8. Está apto para realizar educación física:		
4. Se encuentra bajo tratamiento médico: Otro: ..... Indique motivo .....			9. Está apto para realizar deportes:		
5. Toma medicamentos en forma permanente: Indique cual/es .....					

\*En caso de responder afirmativamente alguno de los ítems, si fuera necesario deberá presentar certificación médica que habilite al alumno a realizar las actividades de educación física, deportes y competencias deportivas.

Fecha:..... Firma y sello del Profesional .....

Firma y aclaración del Responsable 1.....

Firma y aclaración del Responsable 2.....

## AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES

### **Contrato Anual de Enseñanza, Artículo 9 (Resumen)**

- a) Participación de las clases de Educación Física
- b) Traslado al Campo de Deportes (adjuntar **Anexo 1**)
- c) Participación en Encuentros Deportivos en el Centro o en otros
- d) Ser atendidos por el Servicio Médico que el colegio establezca

***La presente ficha de salud deberá ser presentada al preceptor/a durante la primera semana de clases.***

***Cualquier nuevo dato relacionado con la salud del alumno/a que no haya sido declarado en la presente ficha, deberá ser comunicada a la dirección del nivel correspondiente.***

***La presente reviste carácter de declaración jurada.***

***La omisión de datos o falsedad de los mismos será exclusiva responsabilidad de los señores padres.***

Apellido y Nombre del alumno:

Año que cursa:

Firma del Responsable 1:

Aclaración:

Firma del Responsable 2:

Aclaración:

Lugar y fecha: