

IMPORTANTE:

- 1- El presente Examen Médico de Aptitud es OBLIGATORIO para todo el alumnado.
- 2 - Estará a cargo del médico que designe la familia del alumno/a.
- 3 - Se utilizará únicamente el presente formulario. No se aceptará ninguna otra ficha o constancia.
- 4 - Se llevará a cabo y se deberá presentar antes del día designado a tal efecto por la Dirección del Colegio.
- 5 - El médico llenará todos los casilleros o colocará "S/P" cuando no exista novedad. En caso de entender que algún examen no es necesario lo deberá aclarar en el casillero correspondiente.
- 6 - Los exámenes odontológicos y oftalmológicos los podrá realizar el mismo médico.
- 7 - Los exámenes complementarios se llevarán a cabo cuando el médico interviniente los solicite.
- 8 - Resulta imprescindible la correcta inserción de los datos personales y la firma, matrícula y sello del médico.
- 9 - Todo duda o problema que plantee el cumplimiento de éste requisito deberá ser presentado en el departamento de Educación Física a la brevedad.
- 10 - Dicha revisión médica se aplica en carácter obligatorio por resolución ministerial del 02/04/80 bajo exigencia de la Dirección Nacional de Educación Física.

ENTREGAR ANTES DE 11/03 (INDEFECTIBLEMENTE)

- SOLO EN TURNO MAÑANA Caso contrario NO PODRA realizar actividad física ni concurrir al campo de deportes.
- Aclarar si entrega exámenes complementarios.
- No se podrá utilizar otro formulario.



Colegio Hans Christian Andersen



JARDÍN DE INFANTES
PRIMARIA - SECUNDARIA

INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL A-467

SEDE BELGRANO - SEDE PACHECO

FICHA MÉDICA Dep. Educación Física

Nombre Completo: _____

Grado/Año: _____ División: _____ Edad: _____

Fecha de Nacimiento: _____ D.N.I.: _____

Nombre del Padre, Madre o Tutor: _____

Domicilio: _____

Tel. Particular/Comercial: _____

¿Esta afiliado/a a una obra social con servicio médico? _____ si _____ no

¿Cuál? _____ Nro. de afiliado/a: _____

Domicilio: _____ Tel.: _____

¿Esta afiliado/a a algún servicio médico de urgencia? _____ si _____ no

¿Cuál? _____ Nro. de afiliado/a: _____

Domicilio: _____ Tel.: _____

¿Representa a una Institución a nivel federado? _____ si _____ no

Institución: _____ Deporte: _____ Categoría: _____