



COLEGIO "CARLOS PELLEGRINI"

INSTITUTO PRIVADO INCORPORADO A LA ENSEÑANZA OFICIAL (A-553)

ACOYTE 75 (1405) CABA - Tel. 4901-3297 / 9970

www.colegiopellegrini.com.ar

institutocarlospellegrini@gmail.com

**Entregar a la Dirección
del 10 al 30 de marzo de 2.....**

Alumno/a:.....

Año:..... Turno:.....

<u>GRUPO SANGUINEO</u>
Grupo:.....Factor RH:.....

<u>VACUNAS</u>
<u>ANTITETÁNICA:</u> SI/NO Fecha .../...../.....
<u>HEPATITIS A y B:</u> SI/NO Fecha .../...../.....
En caso de no poseer antitetánica al día por favor adjuntar certificado.

Enfermedades, alergias y tratamientos

- ¿Tuvo algún accidente, cirugía, internación o procedimiento médico en el último año? SI - NO
 - ¿Por qué motivo? (diagnóstico).....
- ¿Padece o padeció alguna de las siguientes enfermedades? (Marcar lo que corresponde / Indicar en que momento se padecieron)

	ENFERMEDADES	FECHA
SI/NO	Alergias ¿Cuáles?...../...../.....
SI/NO	Gastritis o úlcera/...../.....
SI/NO	Hepatitis/...../.....
SI/NO	Mononucleosis Infecciosa/...../.....
SI/NO	Sarampión/...../.....
SI/NO	Parotiditis/...../.....
SI/NO	Fiebre Reumática/...../.....
SI/NO	Escoliosis o enfermedades de la columna/...../.....
SI/NO	Esguinces o luxaciones/...../.....
SI/NO	Fracturas/...../.....
SI/NO	Hernias Inguinales u otras/...../.....
SI/NO	Enfermedades de los pulmones/...../.....
SI/NO	Enfermedades de los intestinos/...../.....
SI/NO	Enfermedades renales crónicas/...../.....
SI/NO	Infecciones urinarias/...../.....
SI/NO	Enfermedades de os huesos y articulaciones/...../.....
SI/NO	Colesterol/...../.....
SI/NO	Diabetes/...../.....
SI/NO	Epilepsia o convulsiones/...../.....
SI/NO	Enfermedades cardíacas/...../.....
SI/NO	Hipertensión arterial/...../.....
SI/NO	Anemia/...../.....
SI/NO	Procesos inflamatorios o infecciones/...../.....

- Observaciones de interés, o alguna otra situación determinada por el médico para tener en cuenta
.....
.....

En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla deberá presentarse conjuntamente con este formulario, el certificado que avale la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno/a se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.

¿Está apto para realizar actividades físicas? SI - NO

Firma y sello del médico

AUTORIZACIÓN

El que suscribe padre, madre o tutor del alumno/a.....
Que cursa elaño toma conciencia y autoriza para que su hijo/a durante el transcurso del año, realice actividad física con esfuerzos cardiovasculares de acuerdo con su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Cuando sobrevenga una enfermedad me comprometo a informar por medios fehacientes.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del padre/madre/tutor