ESCUELA SECUNDARIA Nº 17
"GRAL. MARTÌN MIGUEL DE GÜEMES"
PRÓSPERO BOVINO 1520 – TEL/FAX 0345-4215776
CONCORDIA – ENTRE RÌOS

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

Apellido y Nombres:……

Nº Doc. De Identidad: …… Fecha de Nac.: ……/……/…… Edad: ……

Obra Social: …… Nº Afiliado:……

Domicilio: …….. Teléfono:……

Realiza algún Deporte:…… Está Federado:……..

Nombre: Padre, Madre, tutor o Encargado: ……..

DNI Nº:…… Domicilio: …… Tel.:……..

Marcar aquellas opciones que resulten positivas y en caso de considerarse necesario deberá adjuntar un certificado médico correspondiente:

- ☐ Enfermedades Musculares
- ☐ Enfermedades Articulares-Columna
- ☐ Enfermedades Respiratorias
- ☐ Enfermedades Cardíacas
- ☐ Enfermedades de la Vista
- ☐ Enfermedades Auditivas
- ☐ Enfermedades Neurológicas
- ☐ Convulsiones – Epilepticias ☐ Asma
- ☐ Diabetes ☐ Hipertensión Arterial:
- ☐ Toma Medicación
- ☐ Es alérgico a
- ☐ Otros

Peso: …… kg Talla: …… cm.

Observaciones Generales: ……

……

…….. …….. ……..
Firma del Médico Aclaración FECHA

Según mi leal consentimiento autorizo a mi hijo/a a concurrir y participar de las clases de Educación Física.

…….. …….. ……..
Firma Padre, Madre, Tutor Encargado DNI Aclaración