 JARDÍN DE INFANTES PARTICULAR INCORPORADO Nº 1300

COLEGIO “SANTA ROSA”

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A

APELLIDO YNOMBRE:…………………………………………………………...……………………………….……………………………………………

SECCIÓN:………………………………………………………………………………………………………………….……………..……………………..….

DOMICILIO:………………………………………………………………….………..………………TELÉFONO:………………………………………….

EN CASO DE EMERGENCIA:………………………………….…………………………………TELÉFONO:…………………………………………..

DERIVAR A:…………………………………………………………..…………………………..……………(SANATORIO, HOSPITAL, CLÍNICA)

PEDIATRA DE CABECERA:…………………..………………………………………OBRA SOCIAL:………………………………………………

GRUPO SANGUÍNEO:…………………………………………………FACTOR RH:………………………………………..

ENFERMEDADES MÉDICAS IMPORTANTES QUE HA PADECIDO:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ALÉRGICO A:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

OBSERVACIONES:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ESTAMPILLADO DEL CÍRCULO MÉDICO

AUTORIZACIÓN

En caso de urgencia, autorizo a derivar al alumno/a……………………………………………………………………….al

Centro médico que consta en la presente ficha médica.

…………………………………………………………… ………………………………………………………….

 Aclaración de la firma Firma del padre, madre, tutor o encargado

EXAMEN MÉDICO

Certifico que……………………………….……………………………………………………………………….goza de buena salud

y puede realizar actividad física.

Fecha:………/……………/…………….