

- ¿Existe alguna actividad que por cuestiones de salud no pueda realizar? SI NO

Detallar:

- ¿Ha surgido alguna situación vinculada con la salud del alumno que corresponda notificar?

Especificar:

OBSERVACIONES

Dejamos constancia de que todos los datos que hemos registrado en la presente ficha de antecedentes de salud de nuestro/a hijo/a son verídicos.

Autorizamos al Servicio de Emergencias contratado por el Instituto Superior Porteño a prestar asistencia médica a mi hijo/a en caso de ser necesario.

Por último, nos comprometemos a notificar a las autoridades del Instituto Superior Porteño, dentro de los cinco días hábiles y en forma fehaciente, si se produjera alguna modificación en el estado de salud de nuestro hijo/a durante el transcurso del ciclo lectivo y/o que variaran algunos de los datos consignados en las planillas remitidas al Establecimiento Educativo.

Fecha: / /

Firma de la madre _____ Aclaración _____ DNI N°: _____

Firma del padre _____ Aclaración _____ DNI N°: _____



INSTITUTO SUPERIOR PORTEÑO A-80
DEPARTAMENTO DE EDUCACION FISICA

CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, / /

Certifico que _____ DNI N° _____ de _____ años de edad, habiendo sido examinado/a clínicamente y realizar los análisis y estudios correspondientes, se encuentra en condiciones de concurrir a clases y de participar de actividades escolares; en viajes y salidas de estudio y recreativas, como también en aquellas propias del Área de Educación Física, sean las mismas, de carácter recreativo o competitivo, curriculares o extracurriculares, todas ellas que correspondan a su edad, sexo, grado de maduración, crecimiento y desarrollo.

Firma y sello del Medico Interviniente