



**Instituto Santa Rosa de Lima**  
 Departamento de EDUCACION FISICA  
 Ficha Personal del Alumno

Nombres y Apellidos (completos): ..... Curso: .....

Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... D.N.I.Nº .....

Dirección: ..... Localidad: .....

Teléfono en caso de Urgencia y Necesidad, incluso en el horario de Educación Física: .....

eMail: .....

Cobertura Médica: ..... Nro. Afiliado: ..... Grupo Sanguíneo: .....

Mencione enfermedades actuales o anteriores que puedan incidir en el normal desempeño del alumno en actividades escolares, de Educación Física y de recreación deportiva:

- ✓ Respiratorias: .....
- ✓ Cardiacas: .....
- ✓ Traumatológicas / Postulares: .....
- ✓ Metabólicas: .....
- ✓ Alergias: .....
- ✓ Otras: .....
- ✓ Vacunas: Completas / Incompletas (tachar lo que no corresponde). Ultima fecha registrada: .....

Observaciones: .....

Si el alumno no puede hacer Educación Física por alguna afección consignada anteriormente, deberá acompañar esta ficha con certificado médico que exprese claramente la afección y la indicación con el tiempo incluido. De igual modo esta autorización no quedara completa hasta tanto presenten el certificado médico con el correspondiente Apto Físico firmado por médico. Si durante el año se registrara alguna enfermedad que impida la práctica normal de actividad física, se deberá informar al docente por medio de certificado médico o nota en el cuaderno de comunicaciones. Por todo lo expuesto: Certifico que lo informado y el estado de salud es constatado y correcto y por tal motivo, como responsable del alumno, autorizo a efectuar actividades escolares, de Educación Física y de recreación deportiva con esfuerzos cardiovasculares y respiratorios de acuerdo a su edad y conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

**Firma del Responsable Parental:** ..... **Fecha:** ..... / ..... / .....

Aclaración: ..... D.N.I.Nº .....

**Certificado de Aptitud Psicofísica:**

Certifico que ..... se encuentra apto/a Psicofísicamente para efectuar actividades escolares, de Educación Física y de recreación deportiva con esfuerzos cardiovasculares y respiratorios de acuerdo a su edad y tiene a la fecha cumplimentado el plan de vacunación obligatorio. -----

**Firma del Medico:** .....

Aclaración y Sello: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

**Certificado Bucodental:**

Certifico que el estado dental de ..... se encuentra en ..... condiciones.

**Firma del Medico:** .....

Aclaración y Sello: ..... Fecha: ..... / ..... / .....

**Certificado Oftalmológico:**

Certifico que el estado visual de ..... se encuentra en ..... condiciones.

**Firma del Medico:** .....

Aclaración y Sello: ..... Fecha: ..... / ..... / .....