



*Ambas carillas de la ficha deben estar completas con la información requerida;  
caso contrario, no tendrá validez.*

***Sin este documento, los alumnos no pueden realizar las actividades previstas.***



**Datos Personales del alumno** (a completar por el tutor)

Apellido/s: ..... Nombre: .....  
DNI N°: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / .....  
Dirección: .....  
Celular del Tutor: ..... Celular para urgencias: .....  
Sala/Grado/Curso: ..... Turno: .....  
Nivel (Inicial - Primario - Secundario): .....



**Reconocimiento Médico** (a completar por el Profesional Médico)

**Esquema de vacunación según su edad** Completa: ..... Incompleta: .....  
Observaciones: .....  
Grupo Sanguíneo: ..... Factor: .....

**Medidas Antropométricas**

Talla: ..... Peso: ..... Estado físico s/BMI: .....  
Bajo peso: ..... Normal: ..... Sobrepeso: ..... Obesidad: .....

**Sistema Cardiovascular**

Normal: ..... Anormal: ..... Pulsaciones: ..... P/MTA: .....  
Normal: ..... Hipotensión: ..... Hipertensión: .....  
Observaciones: .....

**Intervenciones quirúrgicas**

Hernia: ..... Corazón: ..... Apéndice: ..... Amígdalas: ..... Rodilla: .....  
Otros: .....  
Observaciones: .....

**Enfermedades contraídas**

Asma: ..... Broncoespasmo: ..... Covid: ..... Varicela: .....  
Papera: ..... Sarampión: ..... Rubéola: ..... Hepatitis: .....  
Fiebre amarilla: ..... Tuberculosis: ..... Epilepsia: ..... Tiroides: .....  
Anemia: ..... Anorexia: ..... Bulimia: .....  
Alergias: .....  
Otros: .....  
¿Está medicado?: ..... Diagnóstico: ..... Medicamento: .....  
Observaciones: .....

# Ficha de Reconocimiento Médico / Aptitud Física

Ciclo Lectivo 2026



## Estructura Ósea- Trastornos traumatológicos y/u ortopédicos

Columna: ..... Arco plantar: .....  
Esguinces: ..... Región: .....  
Luxaciones: ..... Región: .....  
Fracturas: ..... Región: .....  
Traumatismos varios: .....  
Observaciones: .....

Libre de enfermedades infecto contagiosas .....

Apto/a para pileta de natación .....

IMPORTANTE | Recomendaciones para urgencias: .....

Por lo expuesto certifico que el/la alumno/a .....  
de ..... años de edad, al momento del examen, SÍ / NO se encuentra apto para realizar  
actividades físicas de acuerdo a su edad.

Lugar y fecha: .....

## FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO



Indispensable para poder participar de las clases de Educación Física

Sr tutor:

Usted es el responsable de que su tutelado cumpla con este requisito muy importante. Por favor, complételo a conciencia y revíselo antes de firmar.

*Certifico que los datos personales y médicos arriba descriptos son verídicos, y me comprometo a comunicar, a las autoridades del colegio y al docente de educación física a cargo, dentro de las 24hs, cualquier cambio o modificación que pueda originarse durante el presente ciclo lectivo.*

Firma del Tutor: .....

Aclaración: ..... D.N.I.: ..... Fecha: ..... / ..... / .....