



FICHA MÉDICA

Alumno/a:

Fecha de Nac.:

Nacionalidad:.....

Domicilio:.....

Sexo:.....Teléfono:.....

Grado/Curso:Turno/Sección:.....

Certificación Médica para la actividad física pedagógica recreativa y deportiva escolar

Certifico que.....con C.I.....

de.....años de edad, en el momento actual del examen clínico se encuentra

APTO APTO CON OBSERVACIONES NO APTO

para efectuar actividad física formativa y deportiva recreativa, según edad y sexo en condiciones climáticas aceptables, bajo la supervisión del profesor/a de Educación Física.

OBSERVACIONES

.....
.....
.....
.....

RECOMENDACIONES

.....
.....
.....

Médico..... (letra clara) Firma y sello.....

Reg. Prof. Nº.....

Fecha:.....

Padre / Madre / Tutor..... (letra clara) Firma.....

OBS.: EL PRESENTE CERTIFICADO CONSTATA SOLO EL PRESENTE Y NO ES PRONÓSTICO VITAL

Observación: adjuntar electrocardiograma (obligatorio).