



**Juegos  
intercolegiales  
rionegrinos**

ALUMNO/A:

DNI Nº:

ESTABLECIMIENTO:

AÑO LECTIVO:

## FICHA MEDICA

Marcar con una (x) cruz lo que corresponda:

ANTECEDENTES	SI	NO	MEDICACION / TRATAMIENTO
ALERGIAS			
ENFERMEDAD CARDIACA			
HIPERTENSION ARTERIAL			
DIABETES			
ASMA			
EPILEPSIA			
CIRUJIAS PRACTICADAS			
DIETA ALIMENTARIA			
VACUNAS			

OBSERVACIONES:

**APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA**

**SI**

**NO**

Fecha en que se completó la ficha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma y sello del médico

Autorizo a mi hijo/a, \_\_\_\_\_ a participar

de los Juegos Intercolegiales Rionegrinos, año \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_ aclaración \_\_\_\_\_

Tipo y número de documento \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

