

**APTO FÍSICO DEL ALUMNO**

**Curso:**

APELLIDO.....  
 NOMBRE.....FECHA NAC.....  
 DOMICILIO.....DNI.....  
 TELEFONO PART.....TEL LABORAL.....  
 OTROS TELEFONOS.....  
 COBERTURAMÉDICA.....SOCIO N°.....  
 NOMBRE, DOMICILIO Y TELEFONOS DEL SERVICIO MÉDICO PARTICULAR,  
 .....  
 NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE: .....  
 NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: .....  
 DOMICILIO DE RESIDENCIA DEL ALUMNO Y LOS PADRES O RESPONSABLES:  
 .....  
 Calle N° Depto Localidad  
 EN CASO DE URGENCIA AVISAR A: .....  
 TELÉFONO: ..... CELULAR: .....

**VACUNAS** ( consignar últimas fechas)

**GRUPO SANGUINEO:**

TETANO.....TRIPLE.....CUADRUPLE.....  
 .ANTISARAMPIONOSA.....HEPATITIS A.....HEPATITIS B.....  
 OTRAS.....

**ENFERMEDADES PADECIDAS:** ( consignar SI o NO )

VARICELA.....PAPERAS.....RUBÉOLA.....SARAMPIÓN.....ESCARLATINA.....  
 HEPATITIS.....CONVULSIONES.....OTROS.....

**ALERGIAS:**

PICADURAS.....COMIDAS.....CUÁL?.....MEDICAMENTOS..  
 .....CUÁL.....  
 OTROS.....

**INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:**

APENDICITIS.....HERNIAS.....TRAUMATOLÓGICAS.....OTRAS.....  
 .....  
 RECIBE MEDICACION:..... CUÁL? .....  
 PORQUÉ?.....  
 .....  
 DOSIS.....  
 INTOLERANCIA A ALGUNA MEDICACION  
 .....

**APTO FISICO**

Certifico haber examinado a.....DNI N°.....  
 quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acorde a su edad.  
 Para ser presentado ante las autoridades del Instituto:.....  
 Buenos Aires,.....del mes de.....de 20.....-

Firma del Profesional

Sello aclaratorio y N° de Matrícula

**Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados. Me notifico que sin APTO FÍSICO no podrá realizar actividades físicas ni ser calificado en la asignatura.**

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración



## AUTORIZACIÓN CAMPO DE DEPORTES

**AUTORIZO** a mi hijo /a ..... DNI N° ..... a concurrir al Campo de Deportes “Club de Amigos” (Av. Figueroa Alcorta 3885 – Capital Federal), en transporte escolar (micro), acompañado /a por sus profesores, los días viernes, de 14 a 16:30 hs. durante el ciclo lectivo 20..... y los días viernes de lluvia a las siguientes direcciones alternativas en donde se realizarán las actividades de Educación Física:

- “La Capillita” – Dorrego 2898 – Capital Federal.
- “Open Dorrego” – Dorrego 457 – Capital Federal.
- “Football Urbano” – Campos Salles 1565 (Núñez) – Capital Federal.
- “Freire Sport” – Freire 761 – Capital Federal.
- “Open Gallo” – Gallo 241 – Capital Federal.
- “Roseti Sport” – Roseti 947 – Capital Federal.
- “El tinglado” – Donado 1450 – Capital Federal.
- “Minifutbol” – Crisólogo Larralde 1645 – Capital Federal.
- “Club Atlético Palermo” – Fitz Roy 2238 – Capital Federal.

**Firma:**

**Aclaración:**

**DNI N°:**

**Fecha:**

---



FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD  
– Ciclo Lectivo ..... –

Lugar y fecha: .....  
Apellido y nombre completo: .....  
Edad: ..... Grupo Sanguíneo: .....  
Teléfonos en caso de urgencias (poner todas las alternativas posibles): .....

**A- Tiene vacunas actualizadas?**.....SI NO  
Cuáles?.....

**B- Padece alguna de las siguientes enfermedades?**

-Diabetes ¿de que tipo?..... SI NO  
-Cardiopatías congénitas..... SI NO  
-Cardiopatías infecciosas..... SI NO  
-Hernias inguinales - crurales..... SI NO  
-Alergias..... SI NO  
-Respiratorias – Broncoespasmos..... SI NO

**C- Ha padecido en fecha reciente:**

- Hepatitis (60 días) ..... SI NO  
- Sarampión (30 días) ..... SI NO  
- Parotiditis (30 días) ..... SI NO  
- Mononucleosis infecciosa ( 30 días ) ..... SI NO  
- Esguinces o Luxaciones de tobillo, hombro o muñeca (60 días) ..... SI NO  
- Traumatismo de cráneo (con pérdida de conocimiento último año) ..... SI NO

**D- Alguna otra situación particular determinada por el médico:**

-Cuál? ..... SI NO

**E- Toma medicamentos en forma permanente?**

- Indique cuáles .....  
.....

**F- Está apto para realizar Educación Física?** ..... SI NO

Atención: En caso de responder afirmativamente alguno de los items señalados precedentemente deberán presentar, juntamente con el formulario, el certificado médico que avale la afección consignada, indicando si en virtud e la misma, el niño se encuentra capacitado o no, para efectuar actividad física.

**G- Posee cobertura médica?** ..... SI NO

Cuál? ..... N° .....

Informamos a los Sres. Padres que en caso de necesidad de atención médica, los alumnos serán atendidos por el servicio médico del colegio, PROME Protección Médica Escolar, al mismo tiempo, en caso de ser necesario, se solicitará la presencia de los padres o responsables autorizados

Firma del padre / madre o tutor

.....  
Aclaración de firma

DNI N° .....

FECHA .....

La presente ficha de antecedentes de salud actualizada, debe ser cumplimentada por los padres, de todo el alumnado con carácter de obligatorio, independientemente de la que completan en la secretaría del colegio y la misma será actualizada anualmente

NEWSLETTERS – FACEBOOK OFICIAL DEL COLEGIO-INSTAGRAM OFICIAL DEL COLEGIO Publicamos en NEWSLETTERS por mailing entre familias del colegio, el FACEBOOK OFICIAL del colegio e INSTAGRAM OFICIAL del colegio información institucional y fotos a las familias con el fin de interiorizar a la comunidad de todas las actividades y novedades del colegio.

Autorizo a publicar fotos en el Facebook oficial, Instagram oficial y Newsletters via e-mail sobre actividades que se realizan en el colegio, de mi hijo/a tomadas durante las actividades escolares. CABA, marzo 20.....

Firma:

Aclaración:

DNI:

**AUTORIZACIÓN TRASLADO PARA SIMULACRO DE EMERGENCIA Y EVACUACIÓN POR EMERGENCIA** En cumplimiento con lo dispuesto por la ley 1346 de obligatoriedad de realizar cuatro simulacros de evacuación, les solicitamos firmen al pie de la presente autorización anual para permitir traslado de los alumnos a la Vereda del Colegio (Jorge Newbery 1953) y/o esquina intersección de las calles Baez y Jorge Newbery con cruce de calle sobre esquina . Estas tareas de prevención se realizan cuatro veces al año, dos en el turno mañana y otras dos en el turno tarde. Estoy en conocimiento y autorizo la realización de los simulacros de evacuación de emergencia y traslado al lugar donde serán remitidos los alumnos tanto en el ejercicio de simulacro como en situación de evacuación por emergencia real. CABA, marzo 20.....

Firma:

Aclaración:

DNI:

**AUTORIZACIÓN TRASLADO A LA SEDE COLEGIO DEL ARCE JORGE NEWBERY – NIVEL SECUNDARIO**  
Autorizo a mi hijo a ser trasladado en diversas ocasiones y fechas según lo requerido por las actividades escolares, a la sede de nivel primario del COLEGIO DEL ARCE, ubicada en Arce334, en el horario escolar de 8:00 a 16:30 hs, y a regresar a la sede de Jorge Newbery 1953, acompañado por los docentes de la institución. Marzo, 20.....

Firma:

Aclaración:

DNI: