

FICHA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

- 1) Nombre Completo: _____
- 2) Curso 2018: _____
- 3) Rut : _____
- 4) Peso: _____ Talla: _____
- 5) Fecha de Nacimiento: ____/____/____
- 6) Alérgico a: _____
- 7) Contraindicaciones Médicas: _____
- 8) Seguro escolar: _____ Clínica: _____
Si/No
- 9) En caso de emergencia avisar a:
 - a) Nombre: _____
Teléfono: _____
 - b) Nombre: _____
Teléfono: _____

CERTIFICADO DE SALUD COMPATIBLE CON LA ACTIVIDAD DEPORTIVA

El médico que suscribe, certifica que: El/la alumna identificado/a
en esta ficha, se encuentra: APTO(A): _____ NO APTO(A): _____

Nombre médico

Rut

Firma

La entrega de esta ficha es de carácter obligatoria, ya que durante el año 2018 los alumnos realizarán actividades físicas de esfuerzo, que implican que deben estar en óptimas condiciones de salud. La no entrega de este documento conlleva una falta de información relevante cuya responsabilidad y posibles consecuencias recae plenamente en el apoderado.

Nombre y firma apoderado: _____

Fecha de entrega: ____/____/____