



Escuela Santa Magdalena

INCORPORADA
D.I.E.G.E.P. 930/8175
www.santamagdalena.edu.ar

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA

AÑO 2026

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO.....

D.N.I.....FECHA DE NACIMIENTO.....

EDAD.....TELEFONO.....

GRUPO SANGUÍNEO.....FACTOR RH.....

COBERTURA MÉDICA.....Nº.....

ENFERMEDADES QUE PADECE:

ASMA..... DIABETES..... ALGUNA CARDIOPATÍA.....

¿CUÁL?.....

¿ES ALÉRGICO A?

SUERO ANTITETÁNICO.....FECHA DE APLICACIÓN.....

OTROS DATOS DE

INTERÉS.....

.....

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

.....

.....

TELEFONO.....

EN CASO DE URGENCIA DEBE SER TRASLADADO A.....

POR LA PRESENTE AUTORIZO A MI HIJO/A.....

A REALIZAR ACTIVIDADES FÍSICAS ACORDES A SU EDAD Y SEXO Y PARTICIPAR EN
COMPETENCIAS INTERESCOLARES BAJO MI RESPONSABILIDAD DURANTE EL PRESENTE
AÑO.

.....
FIRMA MADRE/PADRE/RESPONSABLE

.....
ACLARACIÓN