



## FICHA MÉDICA

## DATOS ALUMNA O ALUMNO

APELLIDO/S:

NOMBRE/S:

DNI:

FECHA DE NAC: / /

GRUPO  
Y FACTOR

OBRA SOCIAL:

N° AFILIADO:

## EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A

NOMBRE Y APELLIDO

PARENTESCO

TELÉFONO

## EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A LA ENTIDAD SANITARIA

EN 1° LUGAR:

EN 2° LUGAR:

OBSERVACIONES Y/O DATOS IMPORTANTES A INFORMAR:

Declaro que la información suministrada es completa y verídica.

Firma del Padre, Madre o Tutor

Aclaración

Nro. de Documento

Por la presente se deja constancia que .....  
se encuentra a la fecha de la presentación, en estado de salud satisfactorio, estando en condiciones de desarrollar actividades deportivas.

Sello y Matrícula Profesional

Fecha

Firma del Médico