

**ESCUELA DE FÚTBOL "ANGEL LABRUNA"****2026****FICHA DE ANTECEDENTES MÉDICOS Y ALIMENTARIOS****DATOS DE LA ALUMNA O DEL ALUMNO**

APELLIDO/S:		NOMBRE/S:	
DNI:	FECHA DE NAC:	GRUPO Y FACTOR:	
OBRA SOCIAL Y NRO AF.		TELÉFONO:	

EN CASO DE URGENCIA, EN BUENOS AIRES LLAMAR A:

NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO	TELÉFONO

Observaciones y/o datos importantes a informar:

Medicación que recibe. En caso que reciba forma de administración:

¿Es celíaco? Marque la que corresponda: SI/NO

¿Presenta intolerancia a alimentos/bebidas/etc? En caso de afirmativa describir cuáles:

¿Presenta alergias? En caso de afirmativa describir cuáles:

¿Presenta enfermedades importantes? En caso de afirmativa describir cuáles:

¿Le realizaron cirugías? En caso de afirmativa describir cuáles:

OBSERVACIONES:

Certifico que _____, con DNI N° _____ fue
evaluado desde el punto de vista médico, no presentando a la fecha contraindicaciones por lo tanto se
encuentra en condiciones aptas para realizar actividad física
El presente certificado de aptitud física tiene validez de 1 año.

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

ACLARACION

NRO MATRICULA