

FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: VANNINI BOVAREDE MARTÍN
 TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: 55070583
 FECHA DE NACIMIENTO: 07/09/15 EDAD: 7 SEXO: MASCULINO
 DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: MARCOS PAZ 1769 DD 2-CABAT-

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: MAMA VALENTIA PAZ PAZLO TEL: 1165474883
1165474882

GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR RH: (_____)

OBRA SOCIAL: PAZ DE SANJO H. ITAVAB SOCIO N°: 452253 TEL: _____

*VACUNAS (adjuntar fotocopias de carnet de vacunación)

*ENFERMEDADES QUE PADECE O PADECIÓ (marcar con un círculo)

SARAMPIÓN	OTITIS	ESCARLATINA	ENFERMEDAD CELÍACA
VARICELA	BRONQUITIS	MENINGITIS	EPILEPSIA
TOS CONVULSIVA	HERNIAS	ASMA	
PAPERAS	SINUSITIS	PROBLEMAS NEUROLÓGICOS	
CARDIOPATÍAS	DIABETES	REUMATISMO	

OTRAS: NINGUNA

ANTECEDENTES DE INTERÉS

OPERACIONES: _____

TRAUMATISMOS/FRACTURAS: _____

¿ES ALERGICO? NO ¿A QUÉ? _____

¿CÓMO LO EVITA? _____

¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN? _____

*SEÑALAR ACTIVIDADES QUE EL NIÑO NO DEBA REALIZAR EXCLUSIVAMENTE POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

OTRAS ACTIVIDADES QUE USTED CREA CONVENIENTE HACER: _____

APTO FÍSICO

CABA, _____

Certifico haber examinado a MARTÍN VANNINI BOVAREDE DNI 55070583 quien se encuentra en condiciones físicas para realizar resistencia aeróbica, actividades gimnásticas y deportivas acordes a su edad. Para ser presentado ante las autoridades del Club Atletico All Boys.

Firma del Profesional

Aclaración y N° de matrícula

ALFREDO M. EYMANN
MÉDICO
M.N. 73893

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 en caso de variar alguno de ellos. Sin APTO FÍSICO no podrá ser calificado.

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración