



## CLUB ATLETICO ALL BOYS

### FICHA MEDICA

Apellido y Nombre: D'AGOSTINO AVRIL LOREANA N° Socio: 55764  
D.N.I.: 47.689.735 FECHA DE NACIMIENTO: 31-01-2007  
DOMICILIO: AV. SEGUROLA 1608 LOCALIDAD: C.A.B.A.  
CODIGO POSTAL: 1407 TELEFONO: 4566-4071  
TELEFONOS EN CASO DE EMERGENCIA: 11-5602-9013 (Mare) - 15-6178-3891 (Pare)  
OBRA SOCIAL: LUIS PASTEUR TELEFONO: 4370-0800

APTO MEDICO (Para ser completado por medico cardiólogo o clínico luego de evaluar)

APARATO RESPIRATORIO:

AUSCULTACION CARDIACA:

TENSION ARTERIAL:

PULSOS PERIFERICOS:

E.C.G.

ECOCARDIOGRAMA (Desde los 14 años)

GRUPO SANGUINEO A Rh (+) FACTOR

ANTECEDENTES IMPORTANTES- ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ:

Según los estudios y la evaluación clínica realizada, se establece que el deportista  
..... APTO / NO APTO para realizar ejercicio  
físico de deporte de competencia de acuerdo con su edad y peso.

FECHA: 21/12/22

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Isabel Torres  
M.N. 67849  
Cardióloga Infantil  
Esp. Medicina del Deporte

### CONSENTIMIENTO

Autorizo a mi hijo D'AGOSTINO AVRIL LOREANA  
D.N.I. 47.689.735, a realizar entrenamientos en las instalaciones del CLUB  
ATLETICO ALL BOYS, y todas las actividades que el entrenador disponga.

Fecha: 21/12/22

FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR

Nombre y Apellido del firmante: GABRIELA GAGNEBIEN

Domicilio: AV. SEGUROLA 1608

D.N.I.: 25.361.381

# Certificado de Aptitud para Actividades Físicas

Certifico que D. Agustín Mil  
Nº ..... de 15 años de edad, cuya historia  
clínica queda en mi poder, examinado clínicamente  
en el día de la fecha, a las 17 hs. y aparece en  
condiciones de realizar actividades físicas,  
recreativas/deportivas, que deben corresponder a su  
edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones: .....  
.....

[Firma] GAGNEBIEN GABRIELA  
Firma del padre/madre o responsable legal  
DNI Nº 85.361.381

[Firma]  
Esp. Medicina del Deporte  
Cardiología Infantil  
M.N. 67839  
Dra. Isabel Torres  
Firma y sello del médico

Fecha: 20 / 12 / 22



## CLUB ATLETICO ALL BOYS

### FICHA MEDICA

Apellido y Nombre: D. Di Agostino Ariel N.º Socio: 55764

D.N.I.: 47.698735 FECHA DE NACIMIENTO: 31-01-2007

DOMICILIO: AV. SEGUROLA 1608 LOCALIDAD: C.A.B.A.

CODIGO POSTAL: 1407 TELEFONO: 4566-4071

TELEFONOS EN CASO DE EMERGENCIA: 15-5602-8013 (Mamá) 15-6178-3891 (Papá)

OBRA SOCIAL: LUIS PASTEUR PLAN: P TELEFONO: 4370-0800

APTO MEDICO (Para ser completado por medico cardiólogo o clínico luego de evaluar)

APARATO RESPIRATORIO:

AUSCULTACION CARDIACA:

TENSION ARTERIAL:

PULSOS PERIFERICOS:

E.C.G.

ECOCARDIOGRAMA (Desde los 14 años)

GRUPO SANGUINEO A B Rh (+) FACTOR .....

ANTECEDENTES IMPORTANTES- ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ:

Según los estudios y la evaluación clínica realizada, se establece que el deportista

D. Di Agostino Ariel (APTO) ~~NO APTO~~ para realizar ejercicio físico de deporte de competencia de acuerdo con su edad y peso.

FECHA: 30/12/22 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

Dra. NORA POGGIO  
MÉDICA PEDIATRA  
NUTRICIONISTA INFANTIL  
ESPECIALISTA EN ADOLESCENCIA  
M.P. 48.506

### CONSENTIMIENTO

Autorizo a mi hijo A. Di Agostino ARIEL LOREANA

D.N.I. 47.698735, a realizar entrenamientos en las instalaciones del CLUB ATLETICO ALL BOYS, y todas las actividades que el entrenador disponga.

Fecha: 30/12/22

Nombre y Apellido del firmante: GABRIELA GAGNEBIEN

Domicilio: AV. SEGUROLA 1608

D.N.I.: 25.361.381

FIRMA PADRE / MADRE / TUTOR