

• FICHA MÉDICA

APELLIDO Y NOMBRE: ANA VANNI BONAFED

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: 52438051

FECHA DE NACIMIENTO: 02/09/11 EDAD: 11 SEXO: Femenino

DOMICILIO DE LOS PADRES O RESPONSABLES: MARCELA 1369 DPT 2

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A: MAMA VALENTIA TEL: 1165474883
PAPA PABLO TEL: 1165474882

GRUPO SANGUINEO: _____ FACTOR RH: (_____)

OBRA SOCIAL: REN SAUD 4. EMBAJO SOCIO N°: 399608 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: NO

TRAUMATISMOS/FRACTURAS: NO

¿ES ALERGICO? NO ¿A QUÉ? _____

¿CÓMO LO EVITA? _____

¿TIENE PROBLEMAS DE COAGULACIÓN? NO

*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 ANA VANNI BONAFED DNI 52438051 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

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