



Club Comunicaciones
COLONIA COMU
Departamento de Educación Física y Deportes.

FICHA DE APTITUD MÉDICA

(Para la firma del Pediatra de cabecera)

Nombres y apellido

Edad:.....

D.N.I.:.....

EVALUACION CLINICA

Peso:.....Talla:.....

Grupo sanguíneo:.....Factor RH.....

Ap.Respiratorio:.....

Ap.Cardiovascular:.....

Ap.Osteoarticular:.....

¿Ha padecido enfermedades infecciosas y metabólicas? NO SI

¿Cuál?.....

¿Es alérgico? NO SI

¿ A qué?.....

¿Toma alguna medicación? NO SI

¿Cuál?.....

¿Es alérgico a algún medicamento? NO SI

¿Cuál?.....

¿Suele sangrar por la nariz? NO SI

Motivo.....

¿Está realizando algún tratamiento médico? NO SI

¿Cuál?.....

¿Alguna situación particular determinada por el médico? NO SI

¿Cuál?.....

Certifico que el/la niño/a.....
se encuentra apto para realizar actividad física.

.....
Firma del médico responsable

.....
Aclaración – Sello - Matrícula