Educación
Consejo General de Educación
MINISTERIO DE EDUCACIÓN, DEPORTES
Y PREVENCION DE ADICCIONES
Gobierno de Entre Ríos

Ficha Única de Aptitud Física

COORDINACION PROV. DE EDUCACION FISICA (C.G.E.)
GOBIERNO DE ENTRE RIOS

Aplicable para la clase de Educación Física en los Niveles Primario, Secundario y sus Modalidades del Sistema Educativo Entrerriano.

Señores Padres: Esta ficha es para ser completada por el Padre, Madre, Tutor o Encargado.
Señores Docentes: Brindarles a los padres y alumnos el asesoramiento necesario para que cada ficha sea completada de manera responsable.
Es obligatorio contar con esta ficha para el dictado de la clase de Educación Física.
Es importante contar con la misma para conocer la salud de nuestros alumnos, promocionarla y prevenir enfermedades.
Es significativo interpretar las bases del funcionamiento del cuerpo durante el ejercicio, sus adaptaciones y como evaluar resultados que sirvan para motivar hacia la ACTIVIDAD FÍSICA PERMANENTE.
A los especialistas-Médicos: En caso de ser necesario, se deberá contar con un Certificado Médico, el cual certifique la posibilidad o no, temporaria o permanente, que tendrá el alumno para realizar la clase de EDUCACIÓN FÍSICA.

AÑO: 20..... / 20..... / 20..... / 20..... / 20..... / 20..... / 20..... NIVEL:_____

Nº y Nombre de la Escuela:_____ Tel.:_____

Dirección:_____ Localidad:_____

Datos Personales del Alumno/a

Apellido:.....Nombre:.....D.N.I.:.....

Tel. Part.:.....F. de Nacimiento:..... Edad:..... Domicilio:.....

Localidad:.....Provincia:.....Obra Social:.....Nº Afiliado:.....

Realiza algún deporte:..... Está federado:..... Deporte/s:.....

Nombre del Padre, Madre, Tutor o encargado:.....

DNI:.....Domicilio:.....Tel. de Contacto:.....

Marcar con una X aquellas opciones que resulten positivas y en caso de considerarse necesario se deberá adjuntar un certificado médico correspondiente.

	20	20	20	20	20	20	20	OBSERVACIONES
ENFERMEDADES MUSCULARES								
ENFERMEDADES ARTICULARES-COLUMNA								
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS								
ENFERMEDADES CARDÍACAS								
ENFERMEDADES DE LA VISTA								
ENFERMEDADES AUDITIVAS								
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS								
CONVULSIONES - EPILEPSIA								
ASMA								
DIABETES								
HIPERTENSIÓN ARTERIAL								
TOMA MEDICACIÓN								
ES ALÉRGICO A								
PESO								
TALLA								

OBSERVACIONES GENERALES:

Según mi leal consentimiento autorizo a mi hijo/a ..... DNI .....
a participar de las clases de EDUCACIÓN FÍSICA y declaro verídicos todos los datos que proporciono en la ficha correspondiente al año:.

CICLO LECTIVO	FIRMA PADRE, MADRE O TUTOR	ACLARACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO