

COLEGIO LABARDÉN  
NIVEL INICIAL



**FICHA SALUD**

Nombre y Apellido del alumno: .....  
Edad: ..... Fecha de nacimiento: .....

En caso de emergencia avisar a:

Nombre y Apellido: .....Parentesco..... TE: .....  
Nombre y Apellido: .....Parentesco..... TE: .....  
Nombre y Apellido: .....Parentesco..... TE: .....  
Nombre y Apellido: .....Parentesco..... TE: .....

Obra Social o Centro médico: .....  
Nro. de afiliado: .....  
Médico de cabecera: ..... TE: .....

Padece alguna enfermedad: .....  
.....

Recibe algún tratamiento médico: .....  
.....

Fue internado alguna vez: .....  
.....

Tiene algún tipo de alergias: .....  
.....

Presenta alguna limitación física: .....  
.....

Otros datos de interés: .....  
.....

Autorizo a mi hijo/a.....a participar de las actividades físicas  
y recreativas que se realizarán en el Club CASI.

A que reciba, de ser necesario atención médica de emergencia que haría un primer  
diagnóstico.....

*Por la presente dejo constancia fiel de la información suministrada a través de esta ficha médica.*

*Lugar y fecha*

*Firma y aclaración  
Padre/tutor  
Persona que informó los datos anteriores*