



PLANILLA DE SALUD FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA 2026

Autorización para la realización de actividades físicas - RES 1045/2023

Esta ficha es aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del sistema educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestras/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulto/a responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que el/la estudiante pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el **estudiante** _____ **DNI** _____ **que cursa** _____ **año/grado** de Educación Inicial / Primaria / Secundaria en el Establecimiento Educativo **Instituto Educativo Ferrocarril Oeste A-1556**, con fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____ en la ciudad de _____ y número de contacto (teléfono celular) _____; **declaro estar debidamente informado/a y doy mi expreso consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo de un año a partir de la firma del presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz la opción que corresponda:

	SI	NO		SI	NO
Problemas cardíacos			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Muerte súbita en familiares (menos de 50 años)			Problemas en huesos o articulaciones.		
Hipertensión			Cirugías		
Obesidad			Internaciones		
Asma bronquial			Enfermedades infecciosas (últimos 2 meses)		
Pérdida de conciencia			Falta o no funcionamiento de algún órgano par		
Convulsiones			Alergias		
Traumatismo de cráneo			Tos crónica		
Diabetes			Toma de medicación habitual		
Alteraciones sanguíneas			Alergia a algún medicamento		
Afecciones auditivas			Problema de piel		
Usa anteojos			Vacunación completa		



INSTITUTO EDUCATIVO FERROCARRILOESTE

Incorporado a la Enseñanza Oficial A-1556

En relación con el ejercicio (durante o después), ha padecido alguna vez:

	SI	NO		SI	NO
Desmayos			Mareos		
Dolor en el pecho			Palpitaciones		
Cansancio excesivo			Dificultad para respirar		

Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas)

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

IMPORTANTE: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esta información, donde el profesional tratante deberá consignar que el/la estudiante se encuentra apto/a para realizar actividad física.

En caso de padecer alguna de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO: Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

Firma

Aclaración

Tipo y N° de DNI



«SOMOS ESCUELA
CONSTRUYENDO FUTURO»

Federico García Lorca 185 | Bacacay 1031 | Ciudad Autónoma de Buenos Aires