



INSTITUTO CARDENAL STEPINAC

DIPREGEP 7217 - 4748 - 4800

FICHA MEDICA DE SALUD PARA EDUCACION FISICA

Fecha:...../...../.....

Apellido y Nombres:.....D.N.I.:.....

Edad:..... Sexo:..... Fecha Nacim.:...../...../..... Año / Sección:.....

Domicilio:.....Localidad:.....Te:.....

NO APTO desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar

Lugar y fecha:.....

Firma y sello del Médico

APTO desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar

Lugar y fecha:.....

Firma y sello del Médico

Observaciones:

Grupo Sanguíneo:..... Factor:.....



INSTITUTO CARDENAL STEPINAC

DIPREGEP 7217 - 4748 - 4800

FICHA MEDICA DE SALUD PARA EDUCACION FISICA

Fecha:...../...../.....

Apellido y Nombres:.....D.N.I.:.....

Edad:..... Sexo:..... Fecha Nacim.:...../...../..... Año / Sección:.....

Domicilio:.....Localidad:.....Te:.....

NO APTO desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar

Lugar y fecha:.....

Firma y sello del Médico

APTO desde el punto de vista clínico para realizar actividades físicas de la programática escolar

Lugar y fecha:.....

Firma y sello del Médico

Observaciones:

Grupo Sanguíneo:..... Factor:.....