



**PROVINCIA DEL CHUBUT**  
Ministerio de Educación  
República Argentina



**EDUCACIÓN SECUNDARIA ORIENTADA**

Libro Matriz   
Folio   
Serie   
LEGAJO N°

**FICHA DE SALUD del ALUMNO**

**ESCUELA N° 7726** Calle: José Podestá 200 Localidad: Puerto Madryn, Chubut

ALUMNO:  DNI N°

Dirección:

Localidad:  Provincia:  Edad:

FECHA Y LUGAR NAC.:  /  /   POLIZA DE SEGURO N°:

ES ALÉRGICO A:  Grupo Sanguíneo y Factor:

**PADECE O PADECIO**

EPILEPSIA:  SI  NO ASMA:  SI  NO PAPERAS:  SI  NO

**AFECCIONES**

CARDIACAS:  SI  NO ERUPTIVAS:  SI  NO ANTITETANICA:  SI  NO

Esta bajo algún tratamiento medico:

Puede comer de todo?:

Otros Datos que estime necesarios deban conocer el personal medico y docentes a cargo :

**SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS.**

**Adjuntar FOTOCOPIA de CARNET de Vacunación actualizado.**

**DATOS DE LA MADRE**

NOMBRE Y APELLIDO:  DNI N°:

Teléfono:  Dirección:

**DATOS DEL PADRE**

NOMBRE Y APELLIDO:  DNI N°:

Teléfono:  Dirección:

**DATOS DEL TUTOR**

NOMBRE Y APELLIDO:  DNI N°:

Teléfono:  Dirección:

EN CASO DE URGENCIA COMUNICARSE CON:

\_\_\_\_\_  
Firma padre/madre/tutor  
Aclaración y DNI

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de Autoridad  
Aclaración y DNI