**ANEXO FICHA DE MATRÍCULA**

**ANTECEDENTES DE SALUD DEL ALUMNO(a)**

|  |
| --- |
| Nombre Completo: |
| Fecha de Nacimiento: |
| Celular de ambos padres: Madre: Padre: |
| En caso de no encontrar a los padres avisar a: |
| Parentesco: Teléfono: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FICHA DE ANTECEDENTES DE SALUD (indicar con una x) | SI | NO |
| a) Se encuentra padeciendo: |   |   |
|  Procesos inflamatorios o infecciones. |   |   |
|  Alergia ¿a qué? ¿Cómo se manifiesta? |   |   |
|  Disminución de la agudeza visual. |   |   |
|  Hipoacusia. |   |   |
|  Convulsiones |   |   |
|  Dificultades osteo articulares ¿Cuál?  |   |   |
|  Dificultades neuromusculares ¿Cuál? |   |   |
| b) Padece alguna de estas enfermedades: |   |   |
|  a) Diabetes. |   |   |
|  b) Cardiopatías. |   |   |
|  c) Asma |   |   |
|  d) Otras (especifique) |   |   |
| c) Ha padecido en fecha reciente: |   |   |
|  Fracturas |   |   |
|  Esguinces o luxaciones de tobillo, hombro o muñeca. |   |   |
|  Otras. |   |   |
| d) Intervenciones quirúrgicas (especificar) |   |   |
| e) Alguna otra situación particular determinada por el médico. |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Certifico por medio del presente, que mi hijo(a) …………………………………………………………………… Curso…………………. |  |
| se encuentra en condiciones de salud para participar de las clases de Educación Física, talleres y ramas deportivas. |  |  |
|  |  |  |
| NOMBRE MADRE, PADRE O TUTOR LEGAL ……………………………………………………………………………………………………………RUT ………………………………………………………….FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |