**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |