



Fecha Inscripción:...../...../.....

DATOS DEL ALUMNO:

Nombre y Apellido:..... DNI. N°.....

Edad..... Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Dirección:.....Teléfono:.....

Turno: *Mañana*..... *Tarde*.....

ANTECEDENTES de ENFERMEDAD:

Padece alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control médico:

NO.....SI:.....

Especifique :

Durante los últimos tres años fue internado alguna vez: NO:.....SI:.....

Motivo :

TIENE ALGÚN TIPO DE ALERGIA NO:.....SI:.....

En caso afirmativo especificar:.....

Recibe tratamiento permanente SI..... NO.....

TRATAMIENTOS:

Recibe tratamiento médico:

SI.....NO:.....Especifique:.....

Quirúrgicos: SI:.....NO:.....Edad:.....Tipo de Cirugía:.....

Presenta alguna limitación física: SI:.....NO:.....Aclaración:.....

Otros problemas de salud.....

OBRA SOCIAL:..... **N° AFILIADO:**.....

DOCUMENTACION OBLIGATORIA A PRESENTAR: (Fotocopia Libreta Salud + DNI)

SI TIENE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD

Recurrir a:

Institución:.....

Teléfono:.....

Avisar al Médico:

Nombre y Apellido:.....

Teléfono:.....

Avisar a Familiar:

Nombre y Apellido:.....

Teléfono:.....

Dejo constancia de haber cumplimentado la planilla de salud de mi hijo/a

FIRMA:.....

ACLARACION:.....

MAIL DE CONTACTO:.....

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