



OBRA SALESIANA EN CORRIENTES

INSPECTORÍA SALESIANA "SAN ARTÉMIDES ZATTI" Argentina Norte - Obra de Don Bosco

Casa Salesiana María Auxiliadora - Colegio Salesiano I.P.6



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA 2026

DATOS PERSONALES

APELLIDOS: NOMBRES:

D.N.I.: FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEXO:

DIRECCIÓN: TEL. PARTICULAR:

CEL: TEL. URGENCIAS: E-MAIL:

GRADO: SECCIÓN: SANGRE (Tipo y factor):

EXAMEN FÍSICO

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: (A llenar por el profesional médico)

TALLA: PESO:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

CORAZÓN: APÉNDICE: HERNIAS: OTROS:

OBSERVACIONES:

ENFERMEDADES CONTRAÍDAS

VARICELA	PAPERAS	SARAMPIÓN	HEPATITIS	ASMA	ALERGIAS	COVID	
SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	SI - NO	DOSIS:
CARDIACAS:				SISTEMA RESPIRATORIO:			

ESTRUCTURA ÓSEA, TRASTORNOS TRAUMATOLÓGICOS U ORTOPÉDICOS

COLUMNA:	ESCOLIOSIS:	CIFOSIS:	CADERA:
TRAUMATISMOS VARIOS:			
-ARCO PLANTAL -			
NORMAL:	ANORMAL:	ESGUINCES:	REGION:

MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O ADQUIRIDAS

AGUDEZA VISUAL:	AGUDEZA AUDITIVA:
-----------------	-------------------

OBSERVACIONES

MEDICACIÓN PERSONAL: (Nombre de la medicación)

DIARIMENTE: HABITUALMENTE:

OTRA INFORMACION DE INTERES:

Por lo antes expuesto, certifico que el/la niño/a, se encuentra en el momento del examen apto para realizar actividades físicas de acuerdo a su edad.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO

AUTORIZO POR ÉSTE MEDIO A MI NIÑO/A DEL GRADO SECCIÓN

A REALIZAR SALIDAS Y PASEOS EDUCATIVOS DEL PRESENTE CICLO LECTIVO 2026

Firma papá: Firma mamá:

Aclaración: Aclaración:

D.N.I.: D.N.I.: