APTO MEDICO

ACTIVIDADES DEPORTIVAS
2024-2025
DIRECCIÒN DE DEPORTES

NOMBRE Y APELLIDO:.....

DNI Nº:..... FECHA DE NAC:.....

NOMBRE Y NUMERO de CONTACTO DE

EMERGENCIA:.....

OBRA SOCIAL(si o no).....PESO.....EDAD.....

GRUPO SANGUINEO:.....

FECHA ULTIMO CONTROL MEDICO:.....

¿SOS ALERGICO A ALGUN REMEDIO?.....

¿TENES ALGUNALESIÒN?.....

¿OPERACIÒN?.....

¿TOMAS ALGUN MEDICAMENTO DE FORMA

HABITUAL?.....

¿PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CARDIACA?

¿CUAL?.....

¿PADECES ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA?

¿CUAL?.....

¿ALGUNA PRESCRIPCIÒN MEDICA?.....

OBSERVACIONES:.....

.....

FIRMA DEL ALUMNO
En el caso de ser menor, firma del Tutor

FIRMA/SELLO
PROFESIONAL MEDICO