



FICHA MÉDICA ESTUDIANTIL AÑO LECTIVO 2020-2021

FOTO

FECHA DE ENTREGA:.....

- ❖ NOMBRES Y APELLIDOS:.....
- ❖ GRADO / CURSO DEL ESTUDIANTE:.....
- ❖ MASCULINO () FEMENINO ()
- ❖ PULSO MINUTO CARDIACO ()
- ❖ IMC: ESTATURA: () PESO EN KG: () EDAD: ()
- ❖ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:.....
- ❖ DIRECCIÓN:.....
- ❖ TELÉFONO:.....CELULAR:.....
- ❖ CORREO ELECTRÓNICO.....
- ❖ DISCIPLINA DEPORTIVA QUE PRACTICA.....
- ❖ HA SIDO SELECCIONADO/A DE SU PROVINCIA O INSTITUTION SI NO ESPECIFIQUE.....
- ❖ TIENE ALERGIA SI NO ESPECIFIQUE.....
- ❖ SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD SI NO ESPECIFIQUE.....
- ❖ FRACTURAS QUE HAYA TENIDO SI NO ESPECIFIQUE.....
- ❖ CIRUGIAS QUE HAYA TENIDO SI NO ESPECIFIQUE.....

NOTA: ADJUNTE SU CERTIFICADO MÉDICO EN CASO DE PRESENTAR ALGUNA ENFERMEDAD O TENER IMPEDIMENTO PARA REALIZAR EDUCACIÓN FÍSICA.

.....
DOCENTE DE EDUCACIÓN FÍSICA

.....
FIRMA DEL REPRESENTANTE

NOMBRE:.....

CI:.....