



DATOS DE LA MADRE, PADRE Y/O RESPONSABLE DEL ALUMNO/A

Apellido/s de la Madre/Tutora:.....**Nombres**.....
Nacionalidad.....**Profesión u Ocupación**.....

ACTIVIDAD	Trabajo temporario	Trabajo Permanent	Changas/ Jornales	No trabaja Ama	Estudiante	Jubilado / Pensionado	Rentista	Discapacitad	Otros
-----------	-----------------------	----------------------	----------------------	-------------------	------------	--------------------------	----------	--------------	-------

Nivel de Instrucción de la Madre/Tutora: (Marque el último nivel alcanzado)
 Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado *Completo* *Incompleto* Hasta el año grado:.....
 No
 ¿Vive? Si Tipo Doc:N° Doc.....

Apellido/s del Padre/Tutor:.....**Nombres**.....
Nacionalidad.....**Profesión u Ocupación**.....

ACTIVIDAD	Trabajo temporario	Trabajo Permanent	Changas/ Jornales	No trabaja y busca	Estudiante	Jubilado / Pensionado	Rentista	Discapacitad	Otros
-----------	-----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	------------	--------------------------	----------	--------------	-------

Nivel de Instrucción del Padre/Tutor : (Marque el último nivel alcanzado)
 Ninguno Primario Secundario Terciario Universitario Posgrado *Completo* *Incompleto* Hasta el año grado:.....
 No
 ¿Vive? Si Tipo Doc:N° Doc.....

JEFE/A DE HOGAR: Madre Padre Tutor/Responsable

Obra Social.....**N° Afiliado**.....

INFORMACION DE SALUD A COMPLETAR POR EL MEDICO DE CABECERA (REDONDEAR LAS RESPUESTAS)

¿Su peso y talla están acordes a su edad?
 SI NO Observaciones.....
 ¿Tiene alguna enfermedad que requiera periodicamente tratamiento o control médico?
 SI NO ¿Cuál?.....
 Durante los últimos tres años ¿fue internado alguna vez?
 SI NO ¿Por qué?.....
 ¿Fue sometido a alguna cirugía?
 SI NO ¿Cuál?.....

¿TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA? SI NO

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:.....
 La alergia se debe a:..... ¿Recibe tratamiento permanente? Si No

VACUNAS OBLIGATORIAS

Tomando en cuenta el Calendario Nacional vigente ¿posee vacunación completa? SI NO
 En caso de vacunación incompleta indicar motivo

CERTIFICADO DE APTITUD PARA ACTIVIDADES FISICAS

Certifico que..... DNI N° cuya historia clínica queda en mi poder ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y aparece en condiciones de realizar actividades físicas y recreativas en el ámbito escolar que deben corresponder a su edad, sexo, grado de maduración y desarrollo.

Observaciones.....

Firma del padre/madre/tutor
 Aclaración:
 DNI N°:

Firma y sello del médicc
 Fecha:/...../.....

SI EL ALUMNO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD SERA DERIVADO AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO

AVISAR A: Apellido/s:.....**Nombres**.....
 Domicilio:.....**Teléfono**.....