



Ficha de Salud

DECLARACIÓN JURADA

ESCUELA N°...../.....
DESTINO de PARTICIPACION:
.....

Apellido y Nombre:.....
DNI N°: Teléfono:
Domicilio: Localidad:
Fecha de Nacimiento: / /
Paliza de Seguro N°: En caso de Urgencia comunicarse con:
Tel: Es alérgico a:

Padece o padeció:

Epilepsia:
Asma:
Paperas:
Afecciones cardíacas:
Eruptivas:

Vacunas o sueros recibidos:
Antitetánica:
Está bajo algún tratamiento médico:.....
Puede comer de todo?:
Grupo sanguíneo: Factor RH:.....
Otros datos que estime necesario deban conocer el personal médico y docente a cargo:

SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, DEJO CONSTANCIA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS.

NOMBRE DEL PADRE, TUTOR O ENCARGADO:.....

.....
FIRMA D.N.I. N°

(LA PRESENTE DECLARACIÓN JURADA DEBERA SER CONFECCIONADA EN TOTALIDAD DE DATOS; CON CERTIFICADO MEDICO EN CASO DE EXISTENCIA DE TRATAMIENTO MEDICO. DEBIENDO SER ADJUNTA CON AUTORIZACION ANTE JUEZ DE PAZ EN SU ORIGINAL)

Dirección de Bienes Reales y Servicios