



Alergias: \_\_\_\_\_ ¿A qué? \_\_\_\_\_ Síntomas \_\_\_\_\_

**CARNET DE VACUNACIÓN**

¿Está completo al día de la fecha según el calendario de vacunación?

SI

N  
O

En caso de no estar completo detallar las vacunas /dosis que faltan:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del profesional

Sello aclaratorio y N° de  
matrícula

**APTO  
FISICO**

C.A.B.A de      de 20

Certifico haber examinado a      DNI

quien se encuentra en condiciones para realizar actividades físicas, recreativas, gimnásticas, deportivas y de resistencia aeróbica acorde a su edad y al diseño Curricular del Gob. de la Cdad. de Bs. As.

Para ser presentado ante las Autoridades del Instituto San Vicente de Paul.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del profesional

Sello aclaratorio y N° de  
matrícula

Declaro que los datos consignados en la presente ficha médica tienen carácter de declaración jurada y se ajustan a la realidad. Asimismo, me comprometo a mantenerlos actualizados en caso de variar alguno de ellos. Sin apto físico no podrá ser evaluado ni participar de las clases.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma. Aclaración. Tipo y N° de Documento

Firma. Aclaración. Tipo y N° de Documento