**FICHA DE DATOS PERSONALES Y MÉDICOS DEL ALUMN@.**

**ÁREA DE EDUCACIÓN FÍSICA.**

Apellidos:…………………………………………………………………………………….……Nombre:…………………………………

Fecha de Nacimiento:……………………………….…......................Curso:………………………………….………………

1. ¿Tiene su hijo/a problemas cardiovasculares (corazón)? SI NO

Explicar en caso afirmativo.

2. ¿Padece algún tipo de alergia? SI NO

Explicar en caso afirmativo.

3. ¿Tiene su hijo alteraciones sanguíneas? SI NO

Explicar en caso afirmativo.

4. ¿Tiene su hijo dificultades respiratorias? SI NO

Explicar en caso afirmativo.

5. ¿Manifiesta algún problema de huesos y/o articulaciones? SI NO

Explicar en caso afirmativo.

6. ¿Padece alguna alteración en la columna vertebral? SI NO

Explicar en caso afirmativo.

7. ¿Padece alguna alteración en los pies (planos, cavos…….)? SI NO

8. Otros problemas que puedan dificultar su participación en la clase de Educación Física.

En cualquier caso se recomienda ponerse en contacto con el profesor/a responsable del área para su pleno conocimiento del problema e informarle de las recomendaciones pertinentes del médico correspondiente, así como si existiesen variaciones o lesiones a lo largo del curso.

Teléfono de contacto:…………………………………….

Firmado