



FICHA DE PARTICIPACIÓN ÚNICA

Educación Física y Salud.

Actividades Deportivas, Artísticas y Recreativas

I.- ANTECEDENTES PERSONALES.

1) Nombre Completo: _____

2) R.U.T.: _____ Estatura: _____ Peso (Kg): _____

3) Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Alérgico a: _____

4) Dirección. _____

5) Comuna _____ Ciudad: _____ Región: _____

6) Fono: _____ E-mail: _____

(En Caso de Urgencia avisar a):

Nombre: _____

PARENTESCO: _____ Fono.: _____

II.- CERTIFICADO DE SALUD COMPATIBLE CON LA ACTIVIDAD FÍSICA ESCOLAR y DEPORTIVA.

El Médico que suscribe, certifica que: El (la) ESTUDIANTE identificado (a) en el punto anterior se encuentra APTO(a) _____ NO APTO(a) _____ para practicar actividad física escolar y/o

participar en actividades deportivas, COMPETENCIAS deportivas, Artísticas y/o Recreativa.

Firma Medico

RUT Medico
Timbre Medico

Observaciones médicas:

III.- AUTORIZACION PADRE O APODERADO.

Yo, _____ RUT: _____

Apoderado de estudiante señalado (a), anteriormente, le autorizo para participar en las actividades deportivas, COMPETENCIAS deportivas, Artísticas y/o Recreativa. Que se efectuaran en el año escolar por el colegio.

Fecha ____/____/____

Firma y RUN Apoderado (a)