Provincia de Formosa
Ministerio de Cultura y Educación
ESCUELA PRIVADA DE NIVEL MEDIO "DON BOSCO"

Experiencia Educativo Pastoral …….º año

(Adheridas por convicción y elección de la Propuesta Educativo Pastoral)

Nombre: . . . . . Apellido. . . . . .Edad: . . . . . .

Fecha de Nacimiento: . . . . / . . . . . / . . . . . Lugar: . . . . . .DNI Nº: . . . . . .

Alergia a Medicamentos ¿cuáles? . . . . . .

Alergia a alimentos ¿cuáles? . . . . . .

Otras alergias:……

Enfermedades padecidas: . . . . . .

. . . . . .

Operaciones: SI NO ¿qué? . . . . . .

. . . . . .

.

Diabetes: SI NO Tipo: . . . . . Convulsiones: SI NO Causa: . . . . . .

Medicación: . . . . . Cardiopatías: SI NO ¿qué? . . . . . .

¿Esquema de vacunas completo para la edad? SI NO ¿cuál falta? . . . . . .

Fecha de última Antitetánica (Triple – Doble - Tétano): . . . /. . . ./ . . . Motivo: . . . . . .

Grupo sanguíneo: . . . . . Factor rh: . . . . . .

¿Puede realizar actividades deportivas? SI NO ¿por qué NO? . . . . . .

. . . . . .

Actualmente sufre alguna enfermedad: ¿cuál? . . . . . .

. . . . . .

Tratamiento: . . . . . .

Medicamentos que toma habitualmente: . . . . . .

. . . . . .

Otra indicación a tener en cuenta: . . . . . .

. . . . . .

_____	_____
Firma del Padre	Firma de la Madre
Aclaración:	Aclaración: . . . . .
DNI:	DNI: . . . . .
Teléfono:……	Teléfono:……
Dirección:……	Dirección:……
Barrio:……	Barrio:……