



FICHA MÉDICA INDIVIDUAL

Apellidos del alumno/a _____ Nombre _____
Curso _____ Fecha de nacimiento _____

El siguiente cuestionario deberá ser rellenado por los padres o tutores legales de los alumnos/as.

A través de sus respuestas podemos saber si es necesario adaptar algunos de los contenidos de la programación de Educación Física a las necesidades personales de sus hijos/as.

No obstante, solicitamos que, en el caso de contestar afirmativamente a alguna de las preguntas, adjunten a la matrícula una copia del informe médico, así como los ejercicios contraindicados, si los hubiera.

Rodee con un círculo la respuesta que considere en las siguientes preguntas. En el caso de respuesta afirmativa, explique lo que considere conveniente en el espacio asignado.

1. ¿Tiene su hijo/a problemas cardiovasculares (corazón)? SI NO
Explicar en caso afirmativo: _____

2. ¿Tiene su hijo/a alteraciones sanguíneas? SI NO
Explicar en caso afirmativo: _____

3. ¿Padece algún tipo de alergia? SI NO
Explicar en caso afirmativo: _____

4. Tiene dificultades respiratorias (asma....)? SI NO
Explicar en caso afirmativo: _____

5. ¿Manifiesta algún problema de huesos o articulaciones? SI NO
Explicar en caso afirmativo: _____

6. ¿Padece alguna alteración de la columna vertebral? SI NO
Explicar en caso afirmativo: _____



7. Padece alguna deformación en los pies (planos, cavos....)? SI NO

Explicar en caso afirmativo: _____

8. ¿Ha sido intervenido/a quirúrgicamente en alguna ocasión? SI NO

Explicar en caso afirmativo: _____

9. ¿Está diagnosticado de algún tipo de patología psicológica (ansiedad, depresión, trastorno de alimentación.....)? SI NO

Explicar en caso afirmativo: _____

10. Especifique aquellas enfermedades y traumatismos que haya padecido que requieran un cuidado especial: _____

11. Otros problemas que considere explicar: _____

Firmado: Padre / Madre / Tutor
(Táchese lo que no proceda)