



ESCUELA SECUNDARIA 95
JOSE JUAN VILLARREAL VILLARREAL



FICHA MÉDICA DE LA ALUMNA Y EL ALUMNO PARA LA DISCIPLINA DE EDUCACIÓN FÍSICA

Apreciada(o) Madre / Padre de Familia / Tutor, le solicito amablemente que responda la siguiente ficha médica de su hija o hijo; esto con el objetivo de conocer su situación de salud y física para llevar a cabo la Clase de Educación Física.

CICLO ESCOLAR 2026 – 2027

DATOS GENERALES

Nombre del Alumno (a): _____					
Escuela: _____	Turno: _____	Mat. () _____	Vesp. () _____	Grado/Grupo: _____	
Edad: _____ años.	Peso: _____ kg.	Estatura: _____ cm.	IMC: _____		

PADECIMIENTOS MÉDICOS (ANEXAR COPIA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO)

Padece alguna enfermedad:	Sí () _____	No () _____
Hipertensión () Diabetes () Asma () Cardíaca () Renal () Pulmonar () Otra () _____		
¿Especifique cuál? _____		
Consumo Medicamentos:	Sí () _____	No () _____ ¿Cuál? _____

SERVICIOS MÉDICOS

Tiene Servicio Médico:	Sí () _____	No () _____	Número de teléfono en caso de emergencia: _____
IMSS () ISSSTE () Seguro Popular () Seguro de Gastos Médicos () Otro () _____			
¿Cuál? _____			
Número de Seguridad Social o Póliza de Seguro: _____			

CONDICIONES PARA EL DESARROLLO INDEPENDIENTE

Padece algún impedimento total o parcial para desarrollarse independientemente:	
Visual () Auditivo () Motor () Intelectual () Respiratorio () Hiperactividad () Autismo () TDAH () _____	
Otro () _____	¿Cuál? _____

APTITUD PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA

Su hijo (a) se encuentra apto (a) para realizar Actividad Física:	Sí () _____	No () _____.
¿Por qué? _____		

CARTA RESPONSIVA DE PARTICIPACIÓN

He leído detenidamente y llenado los datos solicitados; por lo tanto, autorizo que mi hijo (a) _____	
_____ alumno (a) de _____ grado.	Sí () _____ No () _____ participe en las
Sesiones de Educación Física, Actividades Físicas, Deportivas, Recreativas y Actividades propias de la materia.	
_____ Nuevo León a _____ del mes de _____	del año _____
(Anoté la Localidad, Municipio y Estado)	

Nombre y Firma Madre/Padre/Tutor: _____