



FORMULARIO N° 1

**I.S.F.D N° 84
PROFESORADO EN EDUCACION FISICA
CICLO LECTIVO 2025**

SOLICITUD PARA PASE 2025

Sr./ra Director/ra
I.S.F.D N° 84
Lic. Méndez Cecilia

El/la que suscribe

DNI con domicilio en Teléfono Mail
solicita autorice su PASE del Profesorado en Educación Física del Instituto
a la misma carrera en el ISFD N° 84 en el curso para proseguir sus
estudios.

.....
Firma

.....
Aclaración y DNI

Instituto de Procedencia:.....(completar)

Telefono insituto de proceencia (completar)

Mail instituto de procedencia(completar)

Plan de Estudios Resolución N° 2432/09

Libro de Disposición Folio N° (completa el ISFD N84)

Fecha Inicio del Trámite...../...../2025.-



FORMULARIO N° 2

**DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN
DOCENTE N°84**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN POR PASE
Año 2025**

CARRERA: PROFESORADO EDUCACION FISICA

DATOS PERSONALES

Apellido y nombres: Sexo:
DNI:..... Fecha y lugar de nacimiento:
Estado civil:..... Hijos (cantidad):..... Familiares a cargo:
Domicilio: N°: Piso: Depto:
Localidad:.....Partido:
Código postal:.....Teléfono: Teléfono alternativo:
(pertenece a) Correo electrónico:
¿Posee obra social?..... ¿Cuál?

ESTUDIOS CURSADOS

Título nivel medio o polimodal: Año de egreso:
Escuela:.....Distrito:.....
Otros estudios:
Institución: Año de egreso:

DATOS LABORALES

Trabaja: Sí No En Blanco: Sí No Temporario: Todo el año
Actividad:
Cantidad de días por semana:..... Horario habitual:

Los datos que anteceden revisten carácter de declaración jurada

Firma del interesado:
Fecha de solicitud de inscripción: / / 2025

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

Fotocopia DNI			
Fotocopia Tít. Sec/Polimodal			
Constancia de estudios completos			
Constancia de estudios incompletos			
Fotos			

RECIBIO DOCUMENTACIÓN:

FORMULARIO N° 3

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN DOCENTE N° 84
PROFESORADO DE EDUCACIÓN FÍSICA

FICHA MÉDICA 2025

APELLIDO Y NOMBRE:				D.N.I.		
A LLENAR POR EL ASPIRANTE (Completar TODOS los ítems o campos antes de entregar al médico)						
¿Padeces de alguna de éstas patologías?					SI	NO
Asma						
Epilepsia						
Afección cardíaca						
Especificar alguna otra patología no mencionada:						
¿Tomas alguna medicación?						
Especificar:						
Otra información médica que se deba tener en cuenta:						
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERÍDICA, CUALQUIER OMISIÓN QUEDA BAJO MI EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD.						
Lugar y fecha.....						
				Firma del aspirante	Aclaración	
A LLENAR POR EL MÉDICO CLINICO (Completar TODOS los ítems o campos)						
Edad:	Talla:	Peso:	Grupo sanguíneo:	Factor Rh:		
Indicar algún inconveniente y/o impedimento funcional en:						
Sistema respiratorio:.....						
Sistema cardiovascular:.....						
Sistema digestivo:.....						
Sistema neuroendocrino:						
Sistema osteo-artro-muscular:.....						
.....						
Alteración metabólica (resistencia a la insulina, diabetes, hipertiroidismo, obesidad, otras de importancia)						
.....						
Análisis clínico de rutina:.....						
.....						
EXAMEN OFTALMOLÓGICO Y OTORRINOLÓGICO			EXAMEN ODONTOLÓGICO			
Agudeza visual:.....			Caries:.....			
V. cromática:.....			Con tratamiento:..... Sin tratamiento:.....			
Agudeza auditiva:.....			Observaciones:.....			
PLAN DE VACUNACIÓN VIGENTE				EL PROFESIONAL INTERVINIENTE DEBE CERTIFICAR EN EL SIGUIENTE RECUADRO EL APTO MÉDICO		
VACUNAS	HEPATITIS B	HPV	DOBLE			
FECHAS						
PARA LA INSTITUCIÓN				<p><i>Certifico al día de la fecha que la persona de ésta ficha de salud tiene el APTO MÉDICO para realizar TODO TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA.</i></p> <p style="text-align: center;">Sello y firma del médico interviniente</p> <p>Lugar y fecha:.....</p>		
ADJUNTAR EXÁMENES COMPLEMENTARIOS A ESTA PLANILLA						
ESTUDIOS		PRESENTÓ	FECHA			
Ergometría						
Certificado confeccionado por traumatólogo que diga: “Aptitud Física para realizar actividades de alto impacto”						
OBSERVACIONES:						
Verifique que se hayan completado TODOS los ítems o campos – En caso de haber campos incompletos <u>NO SE RECIBIRÁ FICHA RECIBIDA POR:</u>						
			FECHA:	OBS:		