



CICLO LECTIVO 20....

DEPARTAMENTO DE EDUCACION FISICA – AUTORIZACIÓN

El que suscribe padre, madre o tutor del Alumno..... del COLEGIO SAN EDUARDO que cursa..... (sala/grado/año y división), toma conocimiento y autoriza que su hijo realice actividad física con esfuerzo cardiovascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares y extracurriculares vigentes.

FICHA DE SALUD

A- Se encuentra padeciendo:	SI	NO	ESPECIFICAR EN CASO AFIRMATIVO
Procesos inflamatorios o infecciosos.			
B- Padece algunas de las siguientes enfermedades:			
Metabólicas: Diabetes.			
Celiacía.			
Cardiopatías congénitas.			
Cardiopatías infecciosas.			
Hernias inguinales.			
Otras (Especificar)			
C-Ha padecido en fecha reciente:			
Hepatitis. (60 días)			
Sarampión. (30 días)			
Parotiditis. (30 días)			
Mononucleosis infecciosa. (30 días)			
Esguince o luxaciones de tobillo, hombro, etc. (60 días)			
D- Responder			
¿Tiene problemas respiratorios?			
¿Sufre algún tipo de alergia?			
¿Sufre o ha sufrido convulsiones?			
¿Estuvo o está en tratamiento médico?			
¿Toma alguna medicación habitualmente?			
¿Estuvo o está en tratamiento psicológico?			
¿Estuvo o está en tratamiento fonoaudiológico?			
¿Tiene plan de vacunación completo?			
Fecha de la última dosis de vacuna antitetánica			
Medicamentos que NO deben suministrarse:			
Grupo sanguíneo:			
Otra información importante:			
E- Alguna otra situación determinada por el médico:			

Nota: En caso de contestar afirmativamente alguno de los ítems de la planilla deberá presentarse, conjuntamente con este formulario, el certificado médico que avala la afección consignada, indicando si en virtud de la misma, el alumno/a se encuentra capacitado/a o no para hacer actividad física. Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular me comprometo a informar por medios fehacientes.

OBRA SOCIAL - PREPAGA:.....Nº
AFILIADO.....PLAN.....

TELÉFONO:.....

EN CASO DE SUMA URGENCIA, Y DE NO PODER UBICAR A LOS PADRES, AUTORIZO QUE MI HIJO/A SEA TRASLADADO A:.....

FIRMA DE LA MADRE O TUTOR
ACLARACIÓN.....
DNI.....

FIRMA DEL PADRE O TUTOR
ACLARACIÓN.....
DNI.....

NOTA: ESTE FORMULARIO DEBERÁ SER ENTREGADO COMPLETO Y FIRMADO, SIN EXCEPCIÓN, EL PRIMER DÍA DE CLASE.

