

PLANILLA DE SALUD – EDUCACIÓN FÍSICA

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA CICLO LECTIVO

Completar en su totalidad y entregar. Hasta no hacerlo, el alumno/a no podrá realizar actividad física

Quien suscribe en mi carácter de Padre, Madre, Tutor, del alumno/a DNI..... que cursa..... año de Educación Secundaria en la Escuela Dr. René G. Favaloro (CGE), con fecha de nacimiento/....../....., en la Ciudad de con domicilio en de la ciudad de teléfono fijo y celular nº.....

Certifico que los datos de la presente autorización son verídicos, y por la misma autorizo a que mi hijo/a realice actividad física con esfuerzo cardiovascular en función de su edad cronológica y sexo, según establecen los lineamientos del Diseño Curricular Jurisdiccional que rigen actualmente para las Escuelas de La Provincia de Buenos Aires.

1. Antecedentes de enfermedades.

a) ¿Tiene alguna enfermedad que necesite de atención y/o tratamiento médico periódico? Si No
¿Cuál?.....

b) ¿Fue internado durante los últimos tres años? Si No
¿Motivo?

c) ¿Tiene algún tipo de alergia? Si No
¿Cuál?

2. Tratamientos

a) ¿Recibe tratamiento médico? Si No
¿Cuál?

b) ¿Tiene alguna limitación física? Si No

c) ¿Tiene algún otro problema de salud? Señalar con una x lo que corresponda

| | | | |
|------------------------------------|------|---|--|
| Enfermedades metabólicas: Diabetes | | Cifosis | |
| Cardiopatías Congénitas | | Pie plano o pie cavo | |
| Trastornos Respiratorios | | Ha padecido recientemente: | |
| Cardiopatías infecciosas | | Hepatitis A (60 días) | |
| Hernias inguinal o ingoescrotal | | Hepatitis B (60 días) | |
| Peso | kg | Hepatitis | |
| Talla | Mts. | Sarampión, rubéola, escarlatina, varicela, etc. | |
| Problemas de columna y/o pies | | Mononucleosis infecciosa (30 días) | |
| Esclerosis | | Esguinces, luxaciones o fracturas. | |
| Lordosis | | | |

Importante: Si usted contesta de modo afirmativo en algunos de los ítems anteriores, se le solicita que presente las certificaciones médicas que avalen esa información. En dicha certificación, debe consignar el profesional que el alumno/a se encuentra apto/a o no para realizar actividad física. En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, debe comprometerse a informar a las autoridades del Colegio, acompañando la certificación médica correspondiente.

En caso de que el alumno tenga algún problema de salud, avisar a familiar:

Apellido y Nombre:

Teléfonos:

Apellido y Nombre: Teléfonos:

.....

Berisso..... de de

Acepto además, que los responsables del alumno, cumplan con las indicaciones dadas por el Servicio Médico que atiende a mi hijo/a, y sigan las pautas que establecen el Acuerdo de Convivencia Institucional. En caso de accidente, el alumno será trasladado a previa notificación a los Padres.

El abajo firmante se compromete a comunicar fehacientemente al Profesor de Educación Física cualquier modificación de los datos consignados en esta ficha, y en caso de ser necesario, pedir una entrevista con el docente.

.....

.....

.....

Firma Padre, Madre, Tutor

Aclaración

Tipo y Nro. de Documento

Para completar por el profesional médico

Se deja constancia quedeaños de edad, se encuentra apto para realizar actividad física acorde a su edad.

.....

Firma y aclaración