

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA CICLO LECTIVO 2019

(Se completa dicha ficha al inicio del ciclo lectivo; luego una vez por mes y, si se ausentara por enfermedad, junto al alta médica)

AUTORIZACIONES E INFORME DE SALUD

Apellido y Nombre del Alumno:………………………………………………………………………….

Grado:……… División:………..

Fecha de Nacimiento:…………………………………….. D.N.I.:………………………………………

Grupo Sanguíneo…………………………………………......................

Obra Social……………........................................... Nro de Afiliado……………...................................

ANTECEDENTES DE SALUD: (marque con un círculo lo que corresponde)

¿Tiene alguna patología que requiera tratamiento y/ó control médico?

(asma, diabetes, hipertensión, sobrepeso, problemas de visión, etc.) Sí No

¿Cuál?.................................................................................................................................................

¿Tiene algún tipo de alergia? Sí No

Es alérgico a:.......................................................................................................................................

Describa sus manifestaciones………………………………………………............................................

¿Tiene algún problema de columna? Sí No

¿Cuál?................................................................................................................................................

¿Ha sido operado? Sí No

Especificar Causas……………………...……………………………………………………………………

Horas diarias dedicadas a la TV, computadora o video juegos …….………………………………….

¿Hace alguna actividad física extra escolar? Sí No

¿Cuál?………………………………………………………………………………………………………….

Otros problemas de salud:……….………………………………………………..………………….........

Peso…………………….… Talla…………….. …..Fecha de medición………………………….

Se deja constancia que el alumno/a esta **apto/a** **para realizar Educación Física.**

Firma del Médico:……………….... Sello del Médico:…………………..

En caso de ser trasladado, por favor hacerlo a…….…………………y avisar a ………..……………………

El que subscribe, Padre/Madre ó tutor…………………………..…………………………..…………………

declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos

y autorizo a mi hijo/a …………………………………………...................... a realizar actividades físicas propuestas por el establecimiento escolar al que asiste.

Asimismo autoriza a participar representando al establecimiento en competencias y encuentros

intercolegiales en el presente año.

Firma del Padre/Madre o Tutor:………………………………………………

Aclaración:………………………………........................................................

DNI:………………………………………. Fecha:…………………………………………………