

INFORMACION DE SALUD Y AUTORIZACION

1ª DATOS DEL ALUMNO:		"Ntra Sra de Fatima"		Año:	Div:	Turno:
Nombre y Apellido del Alumno						
D.N.I.				Fecha de Nac:		Edad:
b. INFORMANTE:		Domicilio		Telefono		
		Madre	Padre	Otros		

El que suscribe padre, madre o tutor, toma conocimiento y autoriza a que su hijo realice actividades físicas de acuerdo a su edad y sexo y de conformidad con los lineamientos curriculares vigentes.

Comprometiéndose, por la presente, a comunicar a la autoridad educativa de modo fehaciente, cualquier dolencia que sobrevenga al menor y afecte a la aptitud física que declara tener.

2ª ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD:

Tiene alguna enfermedad que requiera periódicamente tratamiento o control medico?

NO ☐ SI ☐ Cual?

Durante los últimos tres años fue internado alguna vez? NO ☐ SI ☐

Por que?

b. TIENE ALGUN TIPO DE ALERGIA?

En caso afirmativo, describa sus manifestaciones:

La alergia se debe a: No sabe ☐

Recibe tratamiento permanente? SI ☐ NO ☐

3. TRATAMIENTOS:

Recibe tratamiento medico? SI ☐ NO ☐ Especifique:

Quirurgicos? SI ☐ NO ☐ Edad: Tipo de cirugía:

Presenta alguna limitación física? SI ☐ NO ☐ Aclaracion:

Otros problemas de salud:

4 VACUNAS

VACUNA	CANTIDAD DE DOSIS	FUENTE DE INFORMACION	
		LSMI	OTRAS CERTIF
SABIN			
BCG			
ANTIHEMOPHILUS			
TRIPLE BACT. (DPT)			
TRIPLE VIRAL (SRP)			
OTROS			

SI EL NIÑO TIENE ALGUN PROBLEMA DE SALUD

Recurrir a: Institucion:

Direccion:

Telefono:

Avisar al Medico: Nombre y Apellido:

Direccion:

Telefono:

Avisar a Familiar: Nombre y Apellido:

Direccion:

Telefono:

ACTUALIZACIONES:

Fecha: Anual NO ☐ SI ☐ Hay cambios? NO ☐ SI ☐

Describe los cambios de salud de este niño:

Fecha: Anual NO ☐ SI ☐ Hay cambios? NO ☐ SI ☐

Describe los cambios de salud de este niño:

Fecha: Anual NO ☐ SI ☐ Hay cambios? NO ☐ SI ☐

Describe los cambios de salud de este niño:

El alumno debe presentar obligatoriamente dentro de los treinta días de comenzada las clases el certificado medico que determine que el alumno se encuentra capacitado o no para realizar actividades física; quedando el presente documento como constancia que se encuentra bajo control medico para participar de las clases de Educación Física.

