

ESCUELA DE EDUCACION SECUNDARIA Nº 8

DEPARTAMENTO DE EDUCACION FISICA

AUTORIZACION

El que suscribe, padre, madre o tutor del alumno (Nombre del alumno) de la escuela de educación secundaria Nº 8 curso div.

Autoriza que su hijo realice actividad física con el esfuerzo cardio-vascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Dirección:

Tel.: Tel. de urgencia:

Grupo Sanguíneo:

FICHA DE SALUD

Indicar con una X

	SI	NO
A - Se encuentra padeciendo : - procesos inflamatorios o infecciones		
B - Padece alguna de las siguientes enfermedades : - Metabòlicas : Diabetes		
- Cardiopatías congenitas		
- Cardiopatías infecciosas		
- Hernias inguinales		
- Alergias, Asma		
C- Ha padecido en fechas recientes: - Hepatitis (60 días)		
- Sarampion (30 días)		
- Parotiditis (30 días)		
- Mononucleosis infecciosas (30 días)		
- Esguince o luxaciones de tobillos, hombros, etc. (60 días)		

D - 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 se encuentra capacitado o no para efectuar actividad física.
Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular me comprometo a informar por medios fehacientes.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración Padre o Tutor