Escuela de Educación Secundaria N°8 de Florida, Vte. López
Sede: F. Beiró 1220- Tel 4760-0123/47303834
www.secundaria8.florida.edu.ar

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN FÍSICA

AUTORIZACIÓN

El que suscribe, padre, madre o tutor del alumno (Nombre del estudiante)..... de……. año ……division ; autoriza que su hijo/a realice actividad fisica con el esfuerzo cardio vascular de acuerdo a su edad y sexo conforme a los lineamientos curriculares vigentes.

Dirección: ……
Tel.: ……
Grupo Sanguíneo:. …….. Tel. de urgencia:.....

FICHA DE SALUD (indicar con una cruz)			
A	Se encuentra padeciendo:	SI	NO
rocesos inflamatorios o infecciosos			
Enfermedades metabólicas: diabetes			
B	Padece algunas de las siguientes enfermedades:		
Cardiopatias congênitas			
Cardiopatias infecciosas			
Hernias inguinales			
Alergias, Asma			
C	Ha padecido en fechas recientes:		
Hepatitis (60 días)			
Sarampión (30 días)			
Parotiditis (30 días)			
Mononucleosis infecciosa (30 días)			
Esguince o luxaciones de tobillos, hombros, etc (60 días)			

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/Madre/Tutor:.....