

**ESCUELA DE EDUCACION SECUNDARIA Nº 8**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCACION FISICA**  
**AUTORIZACION**

El que suscribe, padre, madre o tutor del alumno (Nombre y apellido) .....  
de la E.E.S.Nº 8 curso ..... Division .....

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

Direccion: .....

Tel: ..... Tel de urgencia : .....

Grupo sanguineo: .....

**FICHA DE SALUD**

	SI	NO
A- Se encuentra padeciendo :		
Procesos inflamatorios o infecciones		
Padece alguna de las siguientes enfermedades		
- Metabolicas : Diabetes		
- Cardiopatias congenitas		
- Cardiopatias infecciosas		
- Hernias inguiniales		
- Alergias, Asma		
C - Ha padecido en fechas recientes :		
- Hepatitis (60 dias)		
- Sarampion (30 dias)		
- Parotiditis (30 dias)		
- Mononucliosis infecciosa (30 dias)		
- Esguince o luxaciones de tobillos, hombros, etc. (60 dias)		

Alguna otra situacion determinada por el medico

.....  
.....  
.....

NOTA: En caso de contestar afirmativamente alguno de los items de la planilla debera presentarse  
conjuntamente a este formulario, el certificado medico que avala la afeccion consignada, indicando si  
en virtud de la misma el alumno se encuentra capacitado o no para efectuar actividad fisica  
Cuando sobrevenga una de las enfermedades mencionadas u otra en particular me comprometo a  
informar por medios fehacientes

Lugar y fecha ..... Firma y Aclaracion Padre o Tutor

