PLANILLA DE SALUD – EDUCACIÓN FÍSICA

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA - CICLO LECTIVO 2024

Apellido y Nombre:			Curso:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	DNI:	Grupo Sanguíneo:
Dirección:		Localidad:	
Teléfono Particular:	Otro Teléfono 1:		Otro Teléfono 2:
Celular 1:	Celular 2:		Celular 3:
Obra Social /Prepaga:			Nº de Afiliado:

¿Padece o padeció algunas de las siguientes enfermedades? Responder: Sí/No aclarando si es necesario

Metabólicas: Diabetes:	Anemias:
Cardiopatías Congénitas:	Mononucleosis Infecciosa:
Cardiopatías Infecciosas:	Desviación de Columna:
Hernias Inguinales-Crurales:	Pie Plano o Pie Cavo:
Hepatitis:	Esguince-Luxación-Fracturas.
Parotiditis:	Alergias:
Convulsiones:	Asma:
Epilepsia:	

¿Se encuentra padeciendo procesos infecciosos o inflamatorios?
¿Se desmayó alguna vez durante la actividad física?
¿Padece alguna enfermedad crónica?
Otra situación determinada por el médico: (adjuntar certificado del profesional)

AUTORIZO A LOS PROFESORES DE EDUCACIÓN FÍSICA DEL COLEGIO NUEVA ERA – DIEGEP 7874 POR LA PRESENTE A ACTUAR, EN CASO DE EMERGENCIA, SEGÚN LO DISPONGAN LOS PROFESIONALES MÉDICOS

Firma de madre, padre o tutor responsable: …….
Aclaración de la firma: …….
DNI: …….

AUTORIZACIÓN

Autorizo a mi hija/o ……. Curso: …….. a realizar durante el Ciclo Lectivo 2024 todas las actividades físicas propuestas por el Colegio, de acuerdo a los Diseños Curriculares de la DGC y E de la provincia de Buenos Aires, en el Polideportivo Municipal de Hurlingham, sito en la calle Av. Vergara y Paso Morales, de la localidad de William Morris, partido de Hurlingham.

El traslado está a cargo de cada familia.

Firma de la madre, padre o tutor responsable: ……
Aclaración de la firma: ……