

PLANILLA DE SALUD – EDUCACIÓN FÍSICA

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA - CICLO LECTIVO 2021

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|------------------|
| 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 aclarandose 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 2020 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, y a trasladarse junto con los Profesores de Ed. Física al Club Cosmopolita de Hurlingham, sito en la calle Güemes 1647, de la localidad de Hurlingham.

Firma de la madre, padre o tutor responsable:

Aclaración de la firma:

DNI: