

PLANILLA DE SALUD – EDUCACIÓN FÍSICA

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA - CICLO LECTIVO 2019

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: Si/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 2019 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: