

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

