



PLANILLA DE SALUD

FECHA:

CICLO LECTIVO:

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICAS

FICHA ÚNICA DE APTITUD FÍSICA: Aplicable para el desarrollo de actividades físicas en todos los niveles y modalidades del Sistema Educativo. Es importante contar con la misma para conocer el estado general de la salud de nuestra/os estudiantes.

Esta ficha deberá ser completada por el referente familiar y/o adulta/o responsable. La misma es **requisito obligatorio** para que la/el estudiante pueda participar de actividades físicas.

Quien suscribe _____ en mi carácter de referente familiar y/o adulto responsable de la/el estudiante _____ DNI _____ que cursa _____ año/grado de Educación Inicial/Primaria en el Colegio Argentino Baldomero Fernández Moreno, en el turno: _____ con fecha de nacimiento _____ con domicilio en _____ en la Ciudad de _____ N° de teléfono _____.

En caso de emergencia avisar a: _____

TEL: _____

Grupo sanguíneo: _____ Factor RH (_____)

Obra social: _____ Socio N°: _____ TEL: _____

Declaro estar debidamente **informado** y doy mi expreso **consentimiento** para que mi hijo/a/representado/a pueda realizar actividades físicas por el plazo del ciclo lectivo escolar en curso a partir de la firma de la presente y acorde a la planificación correspondiente a cada establecimiento educativo.

Marque con una cruz si ha padecido o padece las siguientes enfermedades o antecedentes de interés:

	SI	NO		SI	NO
Problemas cardíacos			Dificultad para respirar		
Muerte súbita en familiares (menores de 50 años)			Afecciones auditivas		
Hipertensión			Fracturas, luxaciones, lesiones ligamentarias		
Obesidad			Problemas en los huesos o articulaciones		
Asma Bronquial			Cirugías		
Pérdida de conciencia			Internaciones		
Convulsiones			Enfermedades Infecciosas en los últimos 2 meses		
Traumatismo de cráneo			Falta o no funcionamiento de algún órgano para (ej: riñón, ojos, testículos, etc)		
Diabetes			Alergias		

NIVEL INICIAL

Tuyutí 6629 - CABA

Tel.: 4644-2075 / 15-6706-7668

NIVEL PRIMARIO

Lisandro de la Torre 278 - CABA

Tel.: 4641-6945 / 15- 6713-7113



	SI	NO		SI	NO
Alteraciones sanguíneas			Tos crónica		
Desmayos			Toma de medicación habitual		
Mareos			Alergia a algún medicamento		
Dolor en el pecho			Problema de piel		
Cansancio excesivo			Usa anteojos		
Palpitaciones			Cartilla de vacunación completa		

Observaciones: (detalle las respuestas afirmativas, excepto cartilla de vacunación).

.....

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas mis respuestas son veraces.

Importante: En caso de contestar de modo afirmativo en alguno de los ítems anteriores, deberá presentar las certificaciones médicas correspondientes que avalen esa información, donde el profesional tratante deberá consignar que la/el estudiante se encuentra apta/o para realizar actividad física.

En caso de padecer algunas de estas enfermedades durante el año, el referente familiar y/o adulta/o responsable deberá comprometerse a informar a las autoridades del establecimiento educativo, acompañando la certificación médica correspondiente.

PAUTAS GENERALES DE CUIDADO:

Se recomienda realizar control de salud anuales, con el objetivo de mantener el control de crecimiento y desarrollo de las/os niñas/os y adolescentes, además de detectar precozmente factores de riesgo y patologías según edad y sexo.

Firma.....

Aclaración

DNI.....